

**Ley de Salud Mental 1616 de 2013; un Análisis desde la Psicología Comunitaria y la Salud
Mental Comunitaria**

Ivan Dario Mendoza Pinilla

Asesor:

Dr. Jhon Gregory Belalcazar

Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades

Maestría en Psicología Comunitaria

Bogotá

2021

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Bogotá, agosto de 2021

Tabla de Contenido

Introducción	7
Justificación	9
Planteamiento del Problema	13
Desarrollos y Discusiones del Tema.....	17
Capítulo 1. Comentarios alrededor de la ley 1616 de 2013	17
Paradigmas al Interior de la Ley.....	18
Hallazgos Relacionados con Temas Estructurales, Conceptuales y Culturales	24
Capítulo 2. Línea de Leyes en Salud Mental en Colombia.....	25
Títulos de Leyes en Salud Mental	25
Análisis de Contenido de las Leyes en Salud Mental.....	27
Leyes que Contribuyeron al Desarrollo de la Ley en Salud Mental 1616.....	30
Evolución de Marcos Normativos en Salud Mental en Colombia; un Acercamiento al Modelo Comunitario.....	31
Capítulo 3. Análisis Crítico De Algunos Planteamientos Y Posturas De La Ley En Salud Mental 1616 De 2013.....	37
Paradigma Biomédico Al Interior De La Ley	37
Acercamientos al Concepto de Salud Mental al Interior de la Ley 1616 de 2013	41
Los Efectos de la Clasificación de los Trastornos Mentales en el Paradigma Biomédico Presentes en la Ley 1616	44
Orígenes de la ley 1616	47

Modelo Comunitario al interior de la ley 1616 de 2013.....	50
Enfoque de Derechos al Interior de la Ley 1616 de Salud Mental.....	53
Capítulo 4. Psicología Comunitaria; aportes desde una Salud Mental Integral a la Ley de salud mental 1616.....	57
Una Concepción de la Salud Mental Desde un Panorama Integral.....	58
Sentido de Comunidad y Comunidad.....	60
Sentido de Comunidad.....	61
Salud Mental Comunitaria y Atención Primaria en Salud Enfoques de Intervención en Salud Mental.....	62
Atención Primaria en Salud Integral	65
La Promoción, Prevención y la Atención en los Procesos de Salud Mental Comunitaria	66
Los Procesos de Promoción en Salud Mental Comunitaria	67
Procesos de Prevención en Salud Mental Comunitaria	67
Procesos de Atención en Salud Mental Comunitaria	68
Una Propuesta Metodológica Para la Intervención en Salud Mental Comunitaria	69
Conclusiones	71
Referencias Bibliográficas	74

Lista de Figuras

Figura 1. Principales Hallazgos Ley 1616 de 2013	24
Figura 2. Títulos de leyes en salud mental.....	27
Figura 3. Análisis de contenido de las leyes en salud mental.....	29
Figura 4. Leyes que contribuyeron al desarrollo de la ley en salud mental 1616.....	31
Figura 5. Modelo Comunitario En Salud Mental.....	69

Índice de Tablas

Tabla 1. Propuesta Metodológica en Salud Mental Comunitaria	69
---	----

Introducción

El desarrollo de la presente investigación surge ante la iniciativa de posicionar el modelo comunitario en salud mental partiendo de los postulados de la ley 1616 de salud mental y los aportes de la psicología comunitaria y la salud mental comunitaria (SMC). Con el fin de puntualizar el lugar del modelo comunitario al interior de la ley 1616 de Salud Mental de 2013, se realiza una lectura crítica de los principales componentes de dicho marco normativo logrando caracterizar diversos postulados sobre la ley en cuanto a su paradigma, concepto de salud mental, enfoque de derechos al interior de la misma; sus orígenes y obviamente su posición ante el modelo comunitario.

Se utiliza para el desarrollo de la investigación un paradigma cualitativo, a nivel metodológico se utiliza el Análisis de Contenido y análisis de discurso usualmente usada para el estudio, análisis y recolección de información por medio de la lectura de expresiones comunicativas principalmente de ensayos, escritos y ensayos cuyo tema central se encuentra la ley 1616 de 2013, la salud mental en Colombia, la psicología comunitaria y la salud mental comunitaria. El análisis de discurso cobra importancia para el desarrollo metodológico del presente proyecto debido a sus aportes en el análisis del significado contextual de piezas comunicativas y al abordaje de estrategias de interpretación vitales para el proceso de recolección de información en marcos normativos y textos académicos en temas de interés para el desarrollo de la investigación.

El desarrollo de los resultados encontrados en este proyecto se plasma en 4 momentos en donde se desarrollan temas relacionados a: lectura y análisis de publicaciones donde se refiere la ley 1616 de Salud Mental del 2013; exposición de leyes que fueron configurando la salud mental en Colombia y dieron origen a la ley 1616; descripción y análisis de los principales componentes

de la ley 1616 y se finaliza el proyecto mostrando como desde la psicología comunitaria se postulan teorías y formas de intervención que se configuran como estrategias integrales en salud mental para la sociedad colombiana.

El objetivo central del presente proyecto investigativo es posicionar la psicología comunitaria como disciplina, con un acervo metodológico, epistemológico y teórico, renovador en las maneras de intervenir y concebir la salud mental en un contexto como el colombiano, de igual manera se busca con este proyecto evidenciar el lugar del modelo comunitario en uno de los marcos normativos más importantes a nivel nacional como lo es la ley 1616 de Salud Mental de 2013.

Justificación

El abordaje de las problemáticas sociales actuales en el contexto colombiano exige de las ciencias sociales un accionar más integral y aterrizado a los contextos que se desean estudiar e intervenir, la psicología comunitaria se constituye como una disciplina joven en constante evolución que desde sus orígenes en Colombia ha estado en constante interacción con las situaciones sociales problemáticas por las que atraviesa el país, la psicología llega a Colombia en una época llena de conflicto social y político, más exactamente en el año de 1948 se instaura en la Universidad Nacional de Colombia el primer programa de psicología y al mismo tiempo era asesinato Jorge Eliecer Gaitán, es así como la década posterior se enmarco bajo el nombre de “La violencia en Colombia” (Arango, 2005), las décadas posteriores fueron agudizando el conflicto político en Colombia dando origen a diversos grupos armados ilegales, la profundización del narcotráfico, procesos de desplazamiento en masa, masacres, corrupción política entre otros. Los anteriores hechos han crecido junto a la psicología la cual se ha visto enfrentada a constantes desafíos debido a las transformaciones psicosociales que el contexto histórico político colombiano ha generado en la sociedad.

Los impactos de la violencia han ocasionados graves afectaciones psicosociales, el uso del secuestro, el desplazamiento forzado, el asesinato de líderes sociales, la violencia física y política, el uso del terror como método de control y sometimiento de las comunidades ha fracturado el tejido social afectando directamente la estructura psíquica, los vínculos sociales y la convivencia en las comunidades (Gallo, 2017). Es deber de las ciencias sociales y la psicología comunitaria establecer herramientas teóricas y metodológicas para reconstruir el tejido social roto durante décadas de violencia, unir las ideas teóricas del modelo comunitario es un primer paso para lograr intervenir en nuestros contextos diversos.

En este complejo de venir histórico se fueron estableciendo las bases para la salud mental comunitaria como enfoque de intervención psicosocial, la aparición de este enfoque constituye una oportunidad para integrar lo emocional y relacional partiendo de un análisis y comprensión del contexto de violencia social y política que atraviesa Colombia, lo anterior constituye un paso adelante en lo referente a las posturas intrapsíquicas o biomédicas hacia una comprensión del contexto que contempla la diversidad del sujeto en sus amplios escenarios de desarrollo desde lo individual, familiar y social. A nivel de intervención en salud mental se considera un enfoque proveniente del modelo comunitario que fortalecería los diferentes procesos de promoción, prevención y atención en estrategias en salud mental.

La historia de la salud mental en Colombia como política pública ha estado marcada por denuncias, tutelas, faltas de atención y presiones jurídicas a la corte constitucional. En la búsqueda de brindar una atención integral en salud mental, se promulga en el 2013 la ley 1616 donde se declara la salud mental como interés primordial para garantizar la vida y el desarrollo de la salud mental como un derecho.

El origen de la ley 1616 en Colombia es diverso, este marco normativo no solo está atravesado por las dinámicas políticas de la Nación, sino igualmente, por toda una historia de leyes que fueron marcando y dando forma a sus objetivos, perspectivas y enfoques. En tal camino histórico se vislumbran acontecimientos de talla nacional e internacional que fueron aportando a consolidar un enfoque, un paradigma y una concepción sobre la salud mental al interior de la ley 1616, estos acontecimientos son de gran interés para el desarrollo de esta investigación, pues trazan una ruta de sucesos que fueron dando forma a una política en salud mental de dimensiones nacionales que por estos días es vigente y determina en gran medida toda estrategia de salud mental en el territorio nacional.

Una reciente crítica a la salud mental en Colombia realizada por Rojas et al. (2018) asegura que en gran medida las estrategias de prevención y promoción en salud mental los resultados no han sido los mejores, sobre salen en estas acciones los lineamientos estandarizados y generales, con poca coherencia y alejados a las necesidades del contexto y de igual manera se presentan como estrategias poco conocidas por la misma comunidad beneficiaria. Se evidencia de igual manera, una escasez de profesionales de la salud especializados en tratamientos específicos como terapia de familia, terapia de grupo y de pareja y además se carece del fomento para la creación de grupos de apoyo y autoayuda dentro de las comunidades. Se visualizan las carencias en formación de personal especializado en los centros de salud, la falta de infraestructura y desconocimiento sobre las necesidades de las comunidades.

En el informe crítico se mencionan algunas acciones que se deben implementar en el contexto colombiano para mejorar la salud mental que valen la pena mencionar, se destacan aquellos que involucran una participación directa de las comunidades y que implementan estrategias preventivas ya que se consideran aspectos esenciales de la psicología comunitaria y la salud mental comunitaria. Se considera el sector educativo como un espacio esencial para la promoción de la salud mental, desde los centros escolares es posible construir resiliencia y disminuir el riesgo de trastornos mentales en los jóvenes, sobre salen acciones dirigidas a la prevención de la depresión, el suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas en programas de psicoeducación. El Fortalecimiento de los programas de atención primaria en salud permitirá una mejor integración de los programas de salud fortaleciendo los programas de tratamiento y prevención, para ello es importante un acompañamiento psicosocial comunitario. Fortalecer los programas con un enfoque de género y garantizar la atención en salud mental en aquellas zonas

apartadas de los centros urbanos por medios electrónicos virtuales son otras alternativas de mejora que necesita la salud mental en Colombia (Rojas et al., 2018).

En vista del panorama de la salud mental en Colombia y de la legislación en salud mental de la ley 1616, se hace necesario desde la psicología comunitaria implementar nuevos enfoques de análisis donde se evidencie un dialogo teórico conceptual que dé cuenta de los hechos sociales actuales en Colombia y que incluyan un modelo comunitario en salud mental, como categoría de análisis que aporten a la construcción de métodos de investigación intervención acordes a los contextos actuales en Colombia y aterrizados a las necesidades de las comunidades.

Planteamiento del Problema

El interés por abordar la salud mental en el contexto colombiano surge por la necesidad de ubicar una mirada integral sobre las nociones que alrededor de la salud mental se manejan actualmente y sus diferentes componentes. Por tal razón se parte desde una mirada normativa en especial desde la ley 1616 de 2013 en Salud Mental, lo que se busca desde este marco normativo es mostrar la postura de la salud mental y sus principales componentes que constituyen a su vez una visión “oficial” de lo que “debería ser” la salud mental y como tratarla, bajo que enfoques y miradas se rigen dichos procesos y como desde la política se elaboran estrategias para tratar las adversidades mentales a nivel nacional.

La salud mental en Colombia a nivel oficial se ha manejado desde el paradigma biomédico en salud, el cual centra la intervención en el manejo de síntomas por medio la intervención farmacológica en los pacientes diagnosticados con trastorno mental. Dicha visión de la salud mental se considera hegemónica no solo en los marcos normativos nacionales, sino también a nivel internacional, pese a los grandes cambios que se fueron dando desde los años 70s con los movimientos anti psiquiátricos y la constante búsqueda por renovar las antiguas prácticas en salud mental, el modelo biomédico sigue vigente en materia de salud mental pese a que a nivel mundial y nacional se da énfasis en implementar nuevos paradigmas como el modelo comunitario y los procesos de Atención Primaria en Salud.

El presente proyecto investigativo se encuentra dividido en 4 momentos; en su primer momento el objetivo es elaborar un estado del arte sobre artículos cuyo tema central se encuentra la ley 1616 de 2013, allí se explorará todo lo escrito sobre la ley buscando temas y categorías de discusión; en el segundo momento, se propone realizar una línea de sucesos que fueron dando origen a diferentes leyes relacionadas con la salud mental en Colombia, lo anterior se realiza

partiendo de tres niveles; el primero enfocado en análisis de los títulos de las leyes; el segundo mostrando un breve resumen de los contenidos de la leyes; y un tercer momento que da énfasis en aquellas leyes que fueron aportando y configurando los principales elementos de la actual ley en salud mental 1616; el tercer momento tiene el objetivo de analizar de manera crítica varias categorías encontradas al interior de la ley 1616 entre las cuales se encuentra, su paradigma, su origen, el concepto de salud mental que maneja, el enfoque de derechos y el modelo comunitario, lo anterior partiendo de una lectura y análisis crítico de contenido de los diferentes componentes al interior de la ley; para el último momento, se propone como objetivo central establecer una perspectiva integral de la salud mental partiendo de algunos postulados teóricos y prácticos de la psicología comunitario, lo anterior con el propósito de plantear nuevas miradas desde el modelo comunitario en salud a la ley 1616 de 2013, partiendo del enfoque de intervención en Salud Mental Comunitaria como alternativa de intervención en lo social en el contexto colombiano.

La psicología comunitaria nace como una respuesta ante las limitaciones que presentaban los modelos de intervención biomédicos tradicionales para dar explicación y atención a las necesidades psicosociales de las comunidades y los individuos, surge de esta manera un movimiento de académicos y profesionales en psicología en los años 70s, cuyo interés estaba orientado a la construcción de un paradigma comunitario cuya intervención ponga en el centro de su practica la complejidad de los contextos sociales y las relaciones que allí se inscriben, el cambio social fue considerada como una meta máxima de la psicología comunitaria en los contextos latinoamericanos y la salud mental comunitaria como lo describe Cueto (2014) sería el enfoque de intervención psicosocial que buscaría la transformación subjetiva de las comunidades inmersas en dificultades o conflictos.

Diversas experiencias se han desarrollado en Latinoamérica que han tomado como punto de partida la salud mental comunitaria como enfoque de intervención, dichas experiencias han establecido relaciones entre variadas disciplinas y la salud mental comunitaria, se considera que la investigación teórica y disciplinar en las ciencias sociales es el punto de partida para el desarrollo de intervenciones acordes a las necesidades del contexto, las exploraciones en estos temas han demostrado dar resultados e impactos al interior de las comunidades que han padecido diferentes tipos de violencia y vulneraciones a derechos básicos, estas experiencias se han enmarcado en la intervención con poblaciones que han padecido de violencia política donde existió agresión de tipo sexual, desplazamiento forzado, desaparecidos, violencia por parte de miembros del Estado y grupos al margen de la ley. Sobre salen proyectos de intervenciones en salud mental comunitaria realizadas en Perú donde por medio de la psicología política y comunitaria se analizaba el contexto socio histórico de las comunidades y de allí se planeaban acciones dirigidas principalmente a mujeres víctimas de violencia sexual en el marco de la violencia política vivida en ciertas regiones del Perú (Riquelme y Escribens, 2010).

La experiencia realizada en la zona de Huancavelica por Velázquez (2017) nos muestra como la salud mental comunitaria se presenta como un modelo de intervención psicosocial alternativo, que busca la participación de las comunidades en la construcción del tejido social roto por la violencia y partiendo de un concepto de salud mental mediado por las relaciones sociales y como una creación colectiva, de esta manera se muestra una propuesta de intervención que parte de un análisis del contexto histórico y social que busca comprender las necesidades y problemáticas de las comunidades y principalmente su participación en la transformación de realidades

El amplio espectro de relaciones y hechos socio-históricos presentes en Latinoamérica exige de las ciencias sociales hacer un juicioso ejercicio de teorización que implique un estudio riguroso de los hechos sociales acontecidos en los contextos donde las comunidades emergen, las consecuencias de los conflictos políticos y las posibilidades de cambio implican una revisión teórica que ayude a interpretar la realidad psicosocial en Colombia y las posibles formas de intervenir desde la psicología comunitaria.

Desarrollos y Discusiones del Tema

Comentarios alrededor de la ley 1616 de 2013

Desde el momento que surgió la ley 1616 de salud mental en el 2013, no han sido pocos los comentarios de parte de académicos, profesionales de la salud, instituciones y ciudadanos del común sobre dicha ley. Algunos a favor y otros en contra, los marcos normativos en Colombia siempre han sido un punto de debate desde su formulación hasta su implementación, al momento de hablar de normas que van más allá de lo local y abarcan toda una nación, generan toda una serie de expectativas, más aún, cuando se tratan de leyes que tienen como piedra angular la salud mental en Colombia. En este apartado se quiere hacer un análisis sobre las lecturas que diversos autores han realizado alrededor del marco normativo ley 1616 de 2013, para dicho propósito se tomaran las miradas y posturas de diversos actores tomando en cuenta su relación con el sector salud y principalmente todo aquel que de manera argumentada tenga una apreciación sobre la ley 1616 y que brinde herramientas de análisis.

Iniciar el debate sobre la ley 1616 y su relación con la salud mental comunitaria exige una lectura de las expresiones comunicativas realizadas alrededor de la norma, este ejercicio permitirá ubicarnos en marco socio histórico interesante que dará pie al establecimiento de temas de discusión, y a su vez, permitirá generar debates entre los diferentes puntos de vista de quienes “desde afuera” observan la promulgación y puesta en acción de marcos normativos que afectan a todo un país.

El surgimiento de la ley 1616 en el contexto Colombiano trajo consigo un profundo debate alrededor de la salud mental entre profesionales de la salud, las ciencias sociales, las instituciones y la comunidad académica, sobre lo que allí se plasma en materia de salud mental, dentro de los hallazgos encontrados se logran establecer una serie de elementos que ayudaran a

la comprensión de la ley en materia de conceptos y paradigmas que se evidencian en la lectura de la ley y que tienen consecuencias directas en el abordaje de la salud mental a nivel nacional, de igual manera nos encontramos ante la lectura de un complejo contexto donde se evidencian características estructurales, conceptuales y culturales que enriquecen el debate alrededor de la salud mental en Colombia y como se concibe está desde lo normativo. A continuación, se mostrarán algunos puntos clave que muestra la ley 1616 de 2013 alrededor de los paradigmas y conceptos desde los cuales parte para concebir la salud mental y se tomaran en cuenta algunas cuestiones estructurales que tienen gran influencia en el ejercicio de lo político y lo normativo en el contexto colombiano.

Paradigmas al Interior de la Ley

Uno de los eventos más importantes para la elaboración de marcos normativos a nivel latinoamericano es la Declaración de Caracas en 1990, se considera este evento de gran importancia debido a los planteamientos que allí se presentaron en materia de salud mental y que, a groso modo, buscaban que los países participantes de dicha Declaración incorporaran a sus legislaciones en salud mental una integralidad en la atención centrándose en el manejo óptimo de recursos, talento humano, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación como derechos sociales (OPS, 1990). Lo anterior represento un avance en materia de legislación en salud mental para Colombia, ya que marcaría de manera significativa la propuesta en salud mental en los años venideros para el país en cuestiones normativas.

La OMS desde el año 2001 inicio una serie de reformas necesarias en el campo de la salud mental, estas reformas se centraban en la necesidad de desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales, la importancia de implementar programas con enfoque comunitario acoplados en procesos de atención primaria y sistemas locales de salud.

En el 2013 la OMS continuó invitando a contemplar nuevas miradas de la salud mental enfocándose en aspectos relevantes como Los derechos humanos, integrar prácticas que tengan en cuenta las características culturales de la población, implementación de enfoques multisectorial que abarquen el sector educativo, laboral y de vivienda. Lo anterior se fue mencionado en el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 y de igual manera en la promulgación de marcos normativos como la ley de 1616 de 2013 (Hernández y Sanmartín, 2018).

Varios son los puntos que se consideran relevantes mencionar sobre la ley 1616 de 2013 de salud mental en Colombia, uno de ellos es todo lo concerniente al cambio de paradigma en cuestiones de abordaje de la salud mental tomando en cuenta el fortalecimiento de la salud mental comunitaria y todo su componente participativo, al interior de la ley se busca potenciar prácticas preventivas y promotoras de la salud mental desde estrategias en atención primaria en salud, sin embargo, la ley 1616 comparte un énfasis centrado en el trastorno mental y la muerte, conceptos arraigados de la psiquiatría, de tal manera se evidencian dos paradigmas contradictorios al interior de la ley, por un lado el modelo comunitario y por otro lado el modelo biomédico (Barrero, 2016).

El paradigma psiquiátrico establecido en la ley se funda en la concepción de trastorno mental, concepto tomado desde criterios biomédicos que se describen en el DSM cuyo tratamiento implica el uso de fármacos y la cientificidad, de igual manera concluyen al interior de la ley que la etiología de los trastornos mentales provienen de factores de riesgo encontrados en el ambiente (discapacidad cognitiva, el consumo de SPA y trastornos mentales) y que afectan directamente a las personas, se considera al interior de la ley 1616 que regulando los factores de riesgo expuestos en el ambiente de su detección temprana, prevención e identificación, se podría

lograr evitar la aparición del trastorno mental, bajo esta postura se desconocen particularidades del padecimiento psíquico y se dejan de lado factores sociales como las relaciones y vínculos con los demás, no se mencionan cuestiones relacionadas con el contexto sociopolítico que han influenciado la fractura del tejido social y generado diversas problemáticas sociales, factores que son determinantes para la salud mental de los ciudadanos (Barrero, 2016).

Las posturas positivistas al interior de la norma según Barrero (2016) denotan un claro arraigo del modelo socioeconómico imperante en la época, los servicios de salud en la actualidad en el contexto colombiano están mediados por cuestiones económicas profundamente arraigadas con el ánimo de lucro, para las entidades prestadoras de los servicios de salud la calidad está enfocada en los procesos administrativos y financieros, dejando de lado la importancia de la calidad en la atención principalmente en la atención en salud mental integral, de esta manera se pone de manifiesto una contradicción entre lo que dicta el legítimo derecho a la salud y todo lo que ello implica y los costos relacionados a la prestación de un servicio de calidad y necesario para la población y la ciudadanía.

Uno de los puntos débiles que se encuentra en los diversos comentarios sobre la ley es la invisibilización de cualquier tipo de propuesta de salud mental centrada en la importancia de los vínculos sociales y la interacción de las personas. Tomando en cuenta que Colombia es un país golpeado por la violencia por más de 50 años, siendo uno de los países con más desplazamiento, secuestro, desigualdad y desaparecidos se considera imperativo y fundamental que una política en salud mental tenga como prioridad la construcción del tejido social roto tras décadas de violencia política en el conflicto armado colombiano. De modo paralelo se desconocen las posibilidades que las personas que padecen malestares mentales puedan de manera autónoma

tramitar sus malestares y sufrimientos más allá de la clara formulación de medicamentos o el monitoreo de síntomas o campañas informativas (Castro y Munévar, 2014).

Al interior de la ley se menciona la importancia de ciertas problemáticas sociales en la aparición de complicaciones en la salud mental, se mencionan los trastornos mentales, la discapacidad mental, el consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos relacionados contextos laborales y educativos. El texto afirma que la ley visualiza las problemáticas sociales desde un enfoque ambientalista-conductista reduciendo la mirada de la salud mental a factores de riesgo que afectan a los sujetos y originan los trastornos mentales. Surgen los datos epidemiológicos con el objetivo de identificar, medir y controlar los factores de riesgo en el ambiente, se evidencia en estas posturas una fórmula para prevenir el surgimiento de trastornos mentales "ideal para todos" dejando de lado las características propias de los contextos y comunidades, así como la subjetividad y las dinámicas únicas del sufrimiento psíquico que no pueden ser tratados bajo una formula universal. Esta postura reduce la posibilidad de relacionar el padecimiento psíquico a cuestiones sociales de fondo como la fragmentación del tejido social en las sociedades modernas donde prima valores como el individualismo y el egoísmo (Castro y Munévar, 2014).

La ley 1616 de 2013 muestran un claro enfoque por promocionar el auto-cuidado, lo anterior se comprende desde una postura claramente moderna que concibe al sujeto inmerso en un sistema económico el cual necesita de él para su funcionamiento, por ello en constantes ocasiones hace un llamado a que asuma su vida psíquica como una responsabilidad individual y autónoma del sujeto, lo anterior implica o da la idea de que la persona es capaz de controlar su vida anímica a voluntad propia, y de no poderlo realizar, estaría socavando el propósito de su existencia el cual es aportar a las dinámicas económicas actuales, estos ideales exacerbados de

brindar autonomía al sujeto en el ámbito de la salud mental demuestra la clara fragmentación social implícita en las sociedades modernas y una voluntad de librarse de la clara responsabilidad social que tienen las instituciones encargadas de generar políticas en salud mental, pareciera que la máxima voluntad de los marcos normativos es rehabilitar al sujeto para hacerlo funcional al sistema económico imperante.

el supuesto de que un sujeto que sufre es aquel que no tendría la voluntad de cuidarse, o que el sufrimiento psíquico sería consecuencia de la falta de información sobre cómo cuidarse y protegerse. Desde esta perspectiva se pretende que las personas tengan total dominio de su vida psíquica y no se conviertan en una carga para la sociedad. Quizá sea pertinente recordar aquí una de las enseñanzas de Freud cuando afirma que no somos soberanos de nuestra propia alma (Castro y Munévar, 2014, p. 4)

Una de los mayores retos de la implementación de las reformas en salud mental se refiere a la existencia de dos paradigmas que coexisten en la ley tanto Colombiana como en Brasil, se evidencia por un lado un marcado énfasis en los enfoques conceptuales y metodológicos de la psiquiatría positivista y por otro lado se vincula de manera superficial prácticas orientadas a modelos comunitarios vinculados en esencia en procesos de atención primaria en salud, sin embargo, estos procesos nacen desde la lectura de datos epidemiológicos y no desde una lectura local del contexto.

En las reformas establecidas en Argentina y Brasil se evidencian dos discursos diferentes alrededor de la Atención Primaria en Salud (APS), el primero de ellos tiene un corte tecnócrata, se enfoca en la prestación de ciertos servicios orientados al tratamiento psicofarmacológico y actividades de tipo preventivo educativo, lo que buscan estas estrategias es reducir el gasto y sustituir la internación de larga duración. Por otro lado, se hace lectura de una

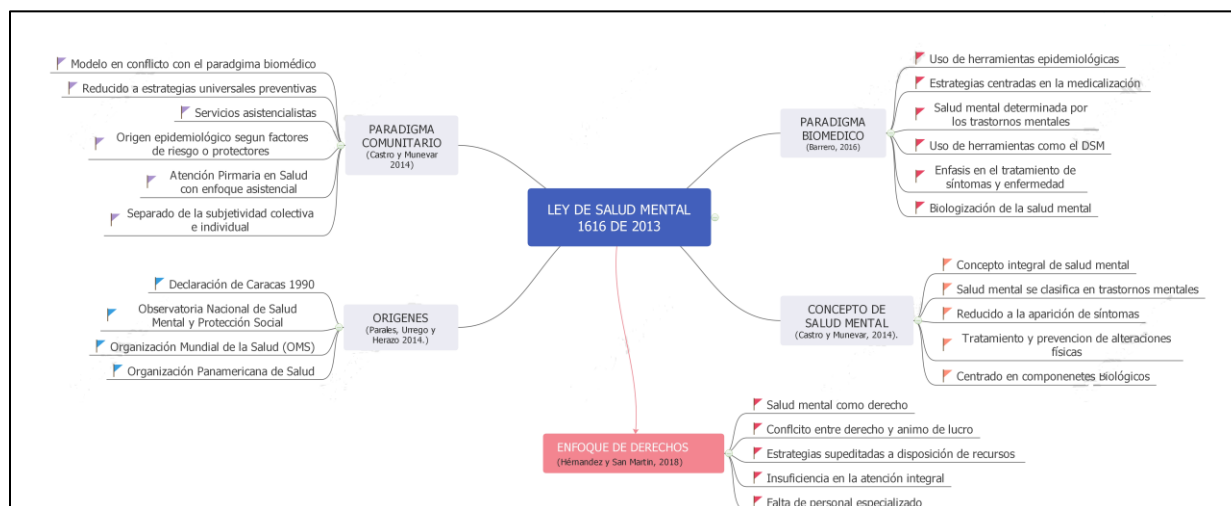
segunda forma de evidenciar las APS en el contexto normativo donde se evidencia un eje central que es la restitución del ciudadano como sujeto de derechos, allí los pacientes tendrían intervenciones centradas en las personas, se vincularían estrategias con políticas sociales más ampliadas con estrategias de salud mental buscando la construcción de nuevas ciudadanías y formas de construcción social enfocadas a las problemáticas y necesidades sociales. En síntesis, se evidencia que a nivel Latinoamérica la APS se encuentra mediada por cuestiones económicas en donde su puesta en acción esta mediada por la disponibilidad de recursos económicos, por un lado, y por otro lado se reconoce en la APS una estrategia fundamental para el abordaje de la salud mental considerado como un nuevo paradigma en donde prima la salud como un derecho centrado en las necesidades de los ciudadanos a nivel individual y grupal (Castro y Munévar, 2014).

Al interior de la ley 1616 se dibuja un panorama político institucional alrededor de la salud mental renovador, que instala la salud mental como un derecho de todos los ciudadanos, sin embargo, queda bastante camino por recorrer para lograr un derecho en la salud mental que brinde a los sujetos la oportunidad de elaborar su sufrimiento más allá de la medicalización, las campañas informativas y refuerzos conductuales. se necesita que la política en salud mental integre tanto instituciones públicas y privadas, diversos profesionales y la comunidad en general como actores fundamentales y activos en los diferentes aspectos de la salud mental de manera integral. El establecimiento de nuevos modelos a nivel político daría origen a la oportunidad de participar en los complejos procesos de la salud mental a los diferentes actores sociales e instituciones antes ausentes en los procesos de salud mental, es así como la Atención Primaria en Salud y la salud mental comunitaria, podrían abrir las diferentes aristas que componen la salud mental en Colombia vinculando a la ciudadanía y las comunidades en lugares de encuentro

esenciales para el intercambio de ideas, el dialogo, la transformación subjetiva, la construcción de lazos y tejido social.

Figura 1.

Principales Hallazgos Ley 1616 de 2013



Nota. En la figura se evidencian los principales hallazgos de la ley 1616 de 2013.

Hallazgos Relacionados con Temas Estructurales, Conceptuales y Culturales

La investigación realizada por Hernández y Sanmartin (2018) involucró la interacción de diversos profesionales del sector salud pasando por médicos, especialistas, personal administrativo entre otros, allí se realizaron entrevistas en donde expertos en salud mencionaron ciertas falencias en la implementación de políticas en salud mental, se menciona con respecto a la ley 1616 de 2013 algunas falencias en cuanto a niveles estructural, conceptual y cultural, se presentarán de manera breve algunas apreciaciones sobre cada tema mencionado:

Desde los elementos estructurales se evidencia un claro conflicto entre lo que es el ánimo de lucro y las dinámicas administrativas y financieras de empresas privadas, versus, el derecho fundamental a la salud; en este aspecto estructural cabe señalar la carencia de personal especializado en temas de salud mental que hace difícil que los servicios lleguen a toda la

población que lo necesita en especial en zonas apartadas de los cascos urbanos; a nivel conceptual se evidencia a nivel de la ley un enfoque biomédico centrado en la génesis del trastorno mental desde una base física y biológica, primando de esta manera los niveles de atención secundario o terciario, debilitando de esta manera los niveles de atención primarios que ayudarían a prevenir los casos crónicos y la promoción en salud mental se evidencia un deterioro del derecho a la salud integral ya que los servicios llegan de manera tardía y ya cuando el problema es agudo e incluso crónico; ya a nivel cultural se vislumbra un panorama de la salud mental acompañado por el estigma y el olvido, esto se visualiza a nivel legal y cultural en situaciones donde se evidencia una hipermoralidad sobre algunos temas que atañen a la salud mental como el consumo de spa o las ideas de machistas que profundizan las problemáticas de violencia familiar o abuso sexual, igualmente existe una situación cultural que no permite la libre expresión de temas relacionados con la salud mental y la expresión de las emociones, se ve a nivel social una falta de compromiso e importancia sobre tratar y hablar estos temas en diferentes contextos sociales lo que profundiza a nivel social el libre desarrollo de la salud mental como derecho (Hernández y Sanmartín, 2018).

Línea de Leyes en Salud Mental en Colombia

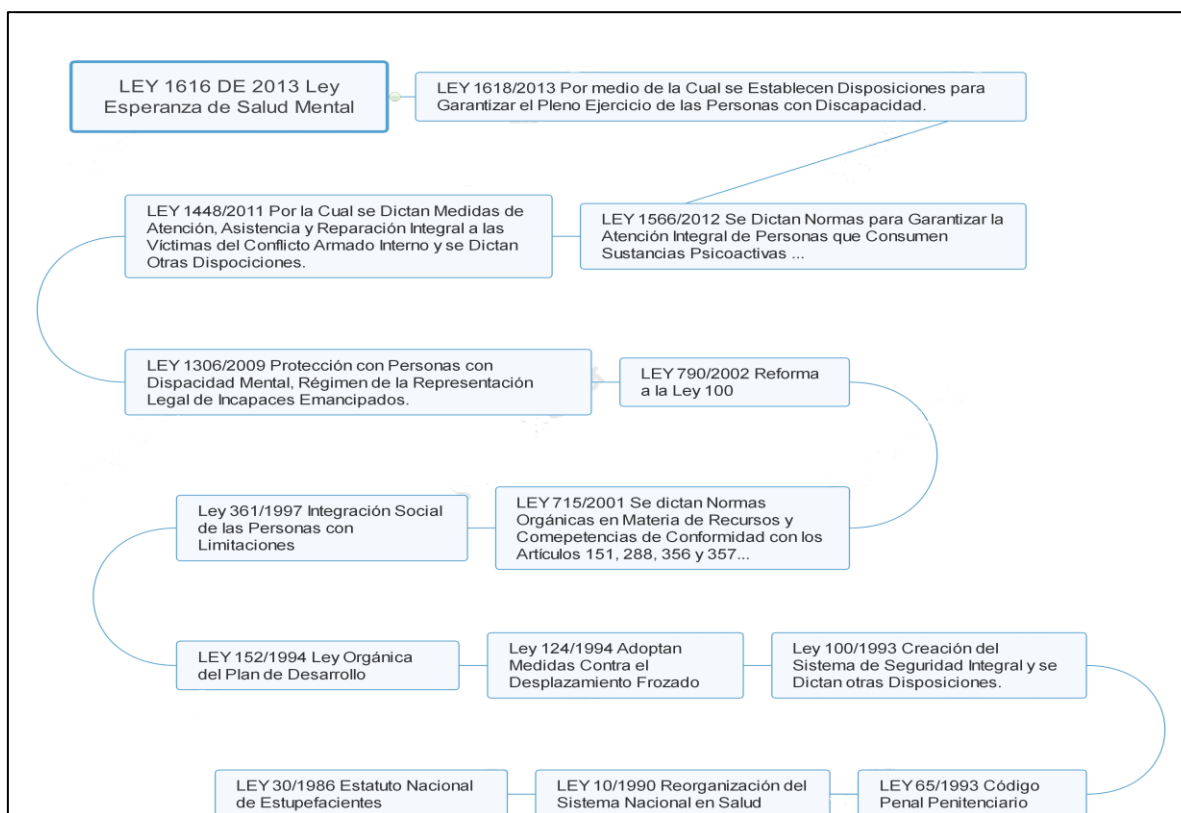
Títulos de Leyes en Salud Mental

La naturaleza de los conceptos y enfoques en salud mental desde los marcos normativos tienen una raíz histórica, contextual y política, la evolución de la normatividad vista desde los nombres de cada ley determina varios elementos trascendentales al momento de abordar temáticas en salud mental, es posible vislumbra los enfoques, las metodologías, los sujetos y referencias a condiciones de vida como: la educación, el trabajo, la vivienda, la economía, lo social y el medio ambiente, igualmente se puede vislumbrar a que grupos poblacionales van dirigidas las

propuestas normativas en cuanto a ciclo de vida, etnia, genero, situaciones de pobreza, discapacidad, desplazamiento, conflicto armado, entre otros. De manera breve se mostrará a nivel normativo algunos aportes que se fueron dando para establecer la salud mental como la conocemos hoy desde las miradas de la ley a través de las últimas décadas.

Para iniciar es importante nombrar la "Ley 124 de 1994 Adoptan medidas contra el desplazamiento forzado" allí desde la ley se mantiene al "sujeto desplazado" refiriéndose principalmente a la circunstancia que lo aqueja, sin embargo ya en la "Ley 1448 de 2011: Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones" el sujeto desplazado es reconocido como víctima, de esta manera se reconoce por su condición de víctima de desplazamiento forzado dando otro tipo de reconocimiento a la persona desplazado como aquella que es víctima del conflicto armado en Colombia.

Ya en el año 2001 surge la "Ley 715 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros". A modo general esta ley reglamenta el Sistema de Información en Salud y Sistema de Vigilancia en Salud, este aspecto es fundamental para el desarrollo de normas y estrategias en salud mental, pues ambos estamentos aportan información científica epidemiológica para tomar decisiones y enfoques referidos a la salud mental en el país, este es un aspecto importante ya que contribuye a consolidar el enfoque biomédico como referente político y legislativo en la salud mental aspecto que será profundizado más adelante.

Figura 2.*Títulos de leyes en salud mental*

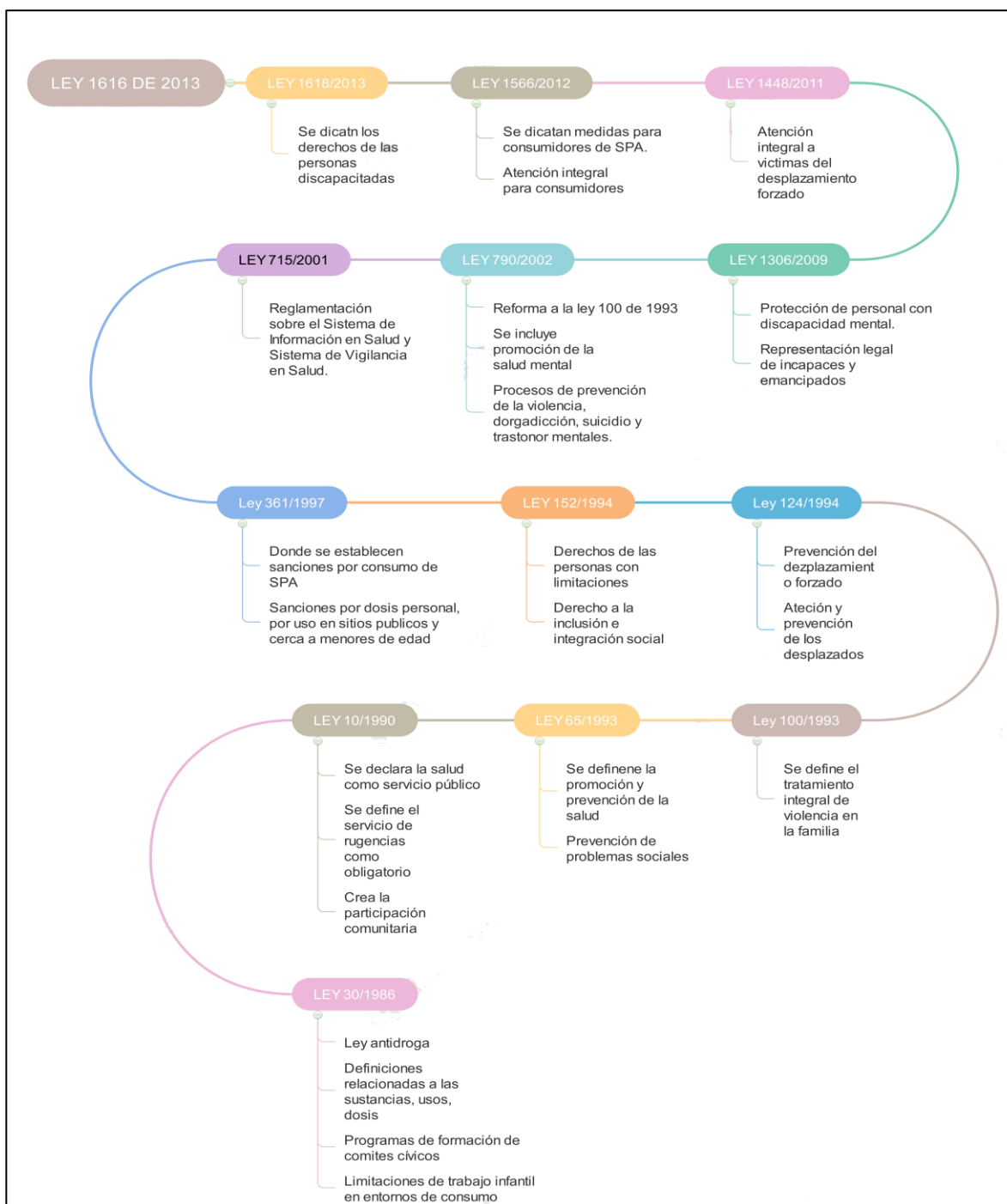
Nota. En la figura se muestran las leyes relacionadas con la salud mental en Colombia.

Análisis de Contenido de las Leyes en Salud Mental

El desarrollo y ejecución de los diferentes marcos normativos en el contexto Colombiano muestra un evolución importante en diferentes aspectos que fueron cambiando un poco el enfoque y paradigma para el abordaje de la salud mental, en la promulgación de alguna leyes se puede evidenciar una preocupación a ciertos temas y problemáticas específicos como las leyes preocupadas en el tratamiento de las drogo dependencias y la regulación de su uso, por otro lado se encuentra aquellas leyes preocupadas por fenómenos sociales propios del contexto colombiano como lo es el desplazamiento forzado donde se considera al desplazado como víctima y también como sujeto de derechos, cabe mencionar acá la implementación de

estamentos como el Sistema de Información en Salud, el Sistema de Vigilancia en Salud y el Observatorio Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social, constituyen elementos fundamentales para la consulta de datos epidemiológicos de gran relevancia en materia de información en salud mental en el contexto colombiano.

Estos avances que dan cuenta de las necesidades del contexto y pretenden crear estrategias para la atención de problemáticas concretas a nivel nacional aportan de manera importante de la comprensión de las complejas situaciones psicosociales presentes en el contexto, esta serie de avances se dan en un complejo contexto socio-histórico influenciado por cambios económicos y políticos iniciados principalmente en la década de los 90s, en donde las corrientes neoliberales empiezan a tener gran influencia en el contexto colombiano generando procesos de privatización de los derechos básicos donde se pueden mencionar la educación, la salud y los servicios generales públicos. A la par de estos cambios socio históricos es importante mencionar la importancia de la influencia de los cambios de paradigma en los diferentes aspectos de la salud mental, también es en la década de los 90s donde se realiza la Declaración de Caracas que constituye un decálogo que propone el cambio de paradigma y modelo en la realización de marcos normativos en salud mental, lo cual llevo a que los países participantes pusieran la mirada en el modelo comunitario y en el enfoque de Atención Primaria en Salud como elementos fundamentales en el tratamiento de los malestares mentales, a pesar de los avances de la comunidad internacional y organizaciones como OMS en materia de salud mental, aún se evidencian grandes desafíos a nivel nacional donde hace falta mayor énfasis en la salud mental como derecho fundamental de los ciudadanos y concretar una política sólida en enfoques comunitarios donde se impulse la construcción de tejido social y la participación en políticas de salud mental.

Figura 3.*Análisis de contenido de las leyes en salud mental*

Nota. En la figura se muestra el contenido más relevante sobre cada ley.

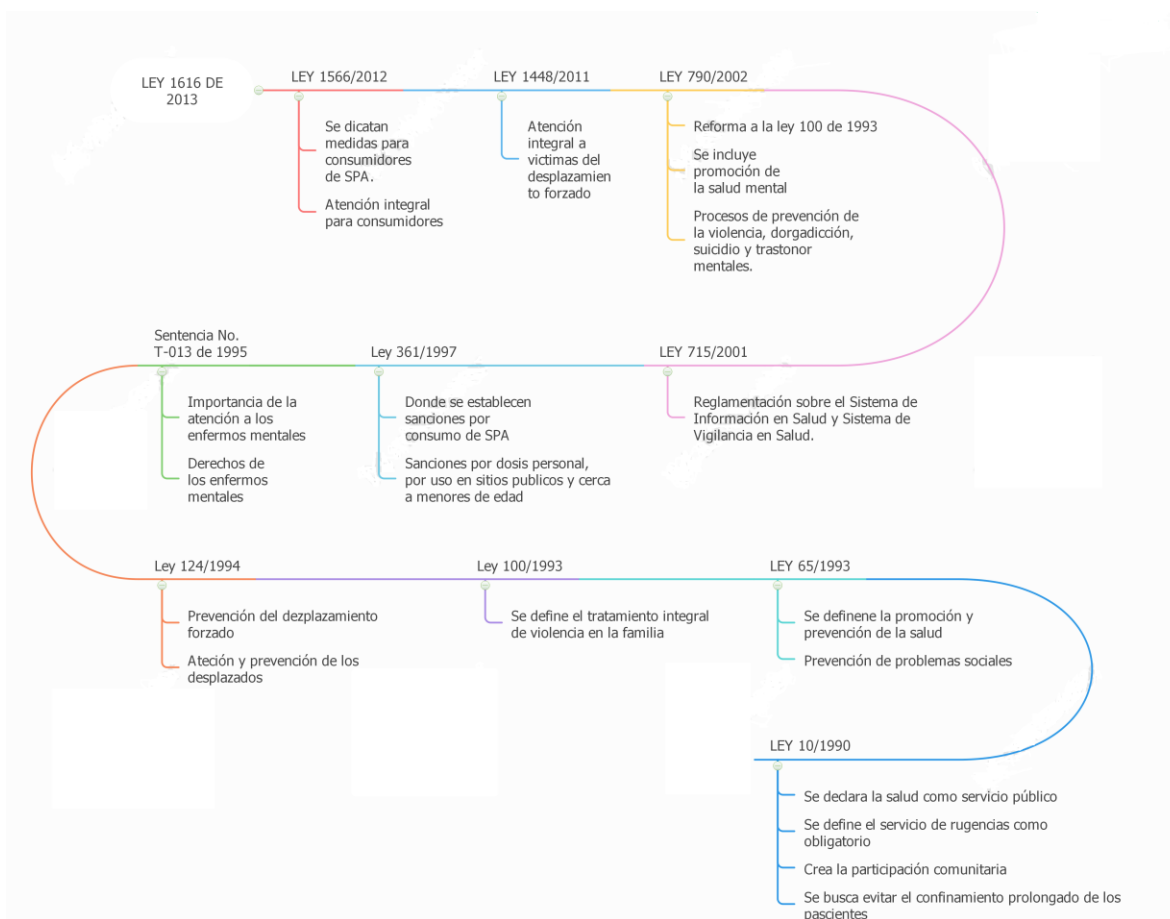
Leyes que Contribuyeron al Desarrollo de la Ley en Salud Mental 1616

Los marcos normativos en salud mental en el contexto colombiano han estado influenciados por instituciones internacionales, hechos históricos, sociales y económicos que han marcado de manera profunda el quehacer político de la salud mental en el país, Colombia como uno de los países asociados a la Organización Mundial de Salud (OMS), se ha visto inmersa en profundos cambios en materia política al momento de hacer frente a la salud mental de sus ciudadanos y comunidades, en la medida en que se declaraban cambios de paradigmas y enfoques a nivel internacional en la prevención, promoción y atención en salud mental, así mismo, se iban realizando cambios significativos a nivel legislativo y político, de esta manera se empieza a dar énfasis a los derechos humanos, en políticas públicas, en descentralizar los servicios de salud, generar espacios de inclusión de las comunidades y participación de los ciudadanos en los procesos de salud mental.

La evolución normativa en materia de salud mental desde la década de los 60s ha sido significativa en el país, se han dado pasos importantes en la implementación de políticas acordes a la innovación internacional que se han tomado como ejemplo para la construcción de una salud mental como derecho en el país, sin embargo, aún existen grandes retos que superar no solo en materia normativa, hay grandes desafíos en la adaptación de nuevas prácticas y paradigmas, la inclusión y participación de las comunidades y ciudadanías, la combinación de una mirada integral a los asuntos complejos de la salud mental donde la multidisciplinariedad brinde nuevas miradas de abordaje y tratamiento.

Figura 4.

Leyes que contribuyeron al desarrollo de la ley en salud mental 1616



Nota. En la figura se muestra de manera cronológica la legislación en Colombia que dio paso a las leyes 1616 de 2013.

Evolución de Marcos Normativos en Salud Mental en Colombia; un Acercamiento al Modelo Comunitario

El modelo de atención en salud mental inició un proceso de transformación significativo en cuanto al enfoque y sus formas de intervenir, distintos hechos históricos influyeron en la transformación de las prácticas clásicas en salud mental. Diversos movimientos académicos, sociales e instituciones protectoras de los derechos humanos, comenzaron a posicionar la idea de la salud mental como un derecho fundamental de todos los ciudadanos, igualmente se abre el

debate sobre las prácticas clásicas de la psiquiatría cómo la institucionalización, la privación del contacto con el exterior, las terapias con electroshock y la falta de participación familiar de los pacientes. Se inician debates académicos relacionados con la inclusión de profesionales de otras áreas al trabajo con la salud mental, principalmente de las ciencias sociales, se empieza a hablar de la interdisciplinariedad, de la psiquiatría comunitaria, la salud mental comunitaria y, por otro lado, se empiezan a utilizar los psicofármacos cómo opción de tratamiento. Esta época se enmarca profundamente por el tratamiento de la salud mental por medio del tratamiento de los trastornos mentales (Árdon y Cubillos, 2012).

Los profundos cambios en los contextos europeos reflejados en los movimientos antipsiquiátricos y la psiquiatría comunitaria se fueron tomando cómo referentes para originar marcos normativos mostrando un claro énfasis a los derechos humanos, el derecho a la salud y principalmente a la vida digna. Estos cambios en el abordaje de las problemáticas mentales provoco la reacción de la Organización Mundial de la Salud, entre las cuales se pueden mencionar la declaración de 1971 sobre los Retrasados mentales y sus derechos, la declaración de los derechos de los impedidos en al 75, igualmente la declaración de Hawái de 1977 que establece las normas éticas para la práctica de la psiquiatría, a su vez en 1989 la asociación mundial de psiquiatría hace una declaración sobre los derechos y protección legal de los enfermos mentales (Árdon y Cubillos, 2012).

Las anteriores declaraciones se fueron implementando en los marcos normativos a nivel mundial, y fueron, de gran utilidad para la formulación de normas a nivel nacional, es así como en los años 63, 65 y 67 se establecen resoluciones, decretos y funciones al ministerio de salud buscando garantizar los derechos de los enfermos mentales adecuando espacios para su atención

en los centros de salud y se crea el consejo Nacional de Salud Mental integrado por diferentes ministerios para tratar temas de interés nacional en materia de salud.

Ya en la década de Los noventa se presentan varios eventos importantes en la implementación de marcos normativos relacionados con la salud mental, el primero de ellos y quizás uno de los más importantes es la Declaración de Caracas, evento de gran importancia para Colombia y Latinoamérica ya que este hecho fue un pacto en donde los países de la región se comprometieron a establecer políticas y nuevos enfoques para la atención de las problemáticas en salud mental, abriendo camino para la integración de modelos novedosos como el comunitario, el modelo de atención primaria en salud y la integración de las ciencias sociales en el abordaje de las problemáticas en salud mental (OPS, 1990).

En el mismo Año la OMS socializa el documento "Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria" en donde se hace énfasis en aspectos psicosociales partiendo de componentes sociales como la calidad de vida, el contexto socioeconómico y la promoción de la salud emocional, de igual manera pone en el aspecto de la salud mental la importancia de la prevención, los procesos de tratamiento y rehabilitación.

En el año 1991 se inició la nueva constitución en Colombia donde se consagra el estado social de derecho y se definen elementos fundamentales para la salud de los colombianos. En este nuevo marco normativo se consagran elementos importantes para el desarrollo de la salud mental de Los colombianos, entre los más importantes se podrían mencionar el desarrollo a la libre personalidad de los ciudadanos, protección de personas en estado de discapacidad, la protección de los niños y las mujeres, la protección de los intereses individuales y de las comunidades. En 1992 se consagran los derechos de las personas con enfermedades mentales en

la resolución 002417 (Árdon y Cubillos, 2012) momento importante para una población poco reconocida en cuestión de derechos por ese entonces.

Posteriormente con la ley 100 de 1993 se consagran principios importantes como la obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención, esta ley fue un intento para evitar la hospitalización prolongada en centros psiquiátricos y la psicoterapia individual garantizada por más de un mes. De igual manera cabe mencionar que es en la década de los noventa en donde se evidencia un claro descontento entre las personas originado por las fallas en la atención y poca garantía en los derechos de los pacientes con dificultades mentales, es así como se inicia una avalancha de tutelas exigiendo una atención integral que obligaron a la corte constitucional a generar la Sentencia No. T-013 del 17 de enero de 1995 en donde se reitera “la importancia de la atención integral de los enfermos mentales y su derecho a la salud” (Rojas et al., 2018, p. 131).

Las constantes quejas y reclamos de la ciudadanía llevaron a la corte constitucional a realizar innumerables fallos de tutela que conllevaron a derogar ciertos acuerdos en la resolución 5221, actualizando de esta manera los medicamentos y tratamiento de los pacientes del plan obligatorio en salud.

Ya en el nuevo milenio sobre salen las estrategias que partieron del enfoque de Atención Primaria en Salud, (APS), específicamente hablando se destaca en el año 2006 la Asociación Colombiana de Psiquiatría ACP busca implementar junto con el ministerio de protección social una propuesta política en el campo de la salud mental, partiendo de la concepción de la salud mental como un ejercicio transformador que busca la garantía y desarrollo de los derechos y desarrolla la calidad de vida de los ciudadanos, contribuyendo así, al cambio de las grandes problemáticas que atraviesa el país en cuanto a décadas de violencia política, desastres naturales

y la difícil realidad en cuanto a la desigualdad extrema que se vive en el país tanto en cascos urbanos como en regiones alejadas (Árdon y Cubillos, 2012).

A pesar del enfoque multidimensional que proponían los psiquiatras en el 2006, las políticas en salud se centraron en el tratamiento de datos epidemiológicos para crear estrategias en salud mental, de esta manera la norma se limitó a tratar problemas puntuales como el consumo de SPA, la depresión o la conducta suicida, limitando así el enfoque multidimensional postulados por la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

A nivel distrital sobre salen las iniciativas llevadas a cabo en los años 2004 y 2005 por medio de la Secretaria Distrital de Salud, allí se mencionan elementos innovadores en donde se logra evidenciar discursos del Movimiento Latinoamericano en Salud Colectiva, donde se concibe la salud mental como un derecho y busca la equidad de la salud y articula como ejes fundamentales la Atención Primaria en Salud y los determinantes sociales de la salud. El distrito avanza de manera importante en el desarrollo de estrategias de corte comunitarios, los ejercicios de APS a nivel local buscaron establecer una articulación institucional que involucrara al sector público y privado, lo que se buscaba era establecer estrategias en los distintos niveles de atención desde tres ejes fundamentales, los ámbitos de vida cotidiana, los programas de salud a su hogar y los servicios de salud general, los anteriores ejes circulaban alrededor de las comunidades y los ciudadanos brindando acompañamiento individual y colectivo favoreciendo de esta manera la participación comunitaria, y a su vez, la resolución de necesidades por medio del accionar de las colectividades (Árdon y Cubillos, 2012).

A pesar de las presiones sociales, la inclusión de nuevos paradigmas en salud mental y los fallos jurídicos de la corte constitucional, el acceso a una salud mental integral como un derecho fundamental para aquellas personas que más la necesitaban se veía aún lejos. De esta

manera en el 2013 aparece la “ley esperanza” o ley 1616 de salud mental que a primer vistazo se vio con muy buenos ojos ante la comunidad académica, profesionales e instituciones (Rojas et al., 2018). Dicha ley es tema central para el desarrollo del presente trabajo investigativo ya que resulta un eje importante de debate para la psicología comunitaria por las distintas posturas académicas, metodológicas y conceptuales que se manejan al interior de la norma; más adelante se debatirá a fondo cada uno de los planteamientos de la ley 1616 de 2013 y serán contrastados con los principales postulados de la salud mental comunitaria.

De forma paralela se impulsaba el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 cuyo eje fundamental se encuentran la convivencia social y la salud mental como prioridades, dicho Plan incluye importantes elementos de intervención a nivel comunitario abriendo el espectro a la inclusión del modelo comunitario como uno de sus principales enfoques, sin embargo, aún se vislumbra un concepto de salud mental enfocado en cuestiones ambientales como los factores de riesgo que son medibles y cuantificables según mediciones epidemiológicas.

Pese a los grandes avances en materia de normativa, institucional y académica, la salud mental sigue siendo un derecho esquivo para la sociedad colombiana, algunos expertos consideran que las dificultades se encuentran a nivel estructural, conceptual y cultural, lo anterior conlleva unas implicaciones profundas que pasan por conflictos entre la concepción del derecho a la salud y la posibilidad financiera para llevarla a cabo, debilidades en el talento humano, falta de claridad en conceptos como salud mental y una cultura basada en el estigma de la salud mental en donde se prefiere no hablar del tema, entre muchas otras dificultades (Hernández y Sanmartín, 2018).

Análisis Crítico De Algunos Planteamientos Y Posturas De La Ley En Salud Mental 1616 De 2013.

Paradigma Biomédico Al Interior De La Ley

Para abordar el tema del paradigma biologicista en psiquiatría es necesario entender como en décadas anteriores se fueron dando varios hechos importantes que contribuyeron a demarcar el paradigma biologicista como hegemónico en la actualidad, marcando así de manera significativa los diferentes movimientos académicos, profesionales, institucionales y no menos importante los marcos normativos a nivel mundial, estableciendo el paradigma como hegemónico en cuanto a temas de salud mental se refiere.

Es necesario mencionar que en décadas anteriores la psiquiatría pasaba por procesos de cambios marcados por miradas y posturas somaticistas y psicologicistas, en este ir y venir, es en los años 50 que en la psiquiatría predomino la influencia del psicoanálisis hasta que incursiono el uso de la clorpromazina para el tratamiento de malestares mentales abriendo el camino para que el paradigma biológico iniciara a ser reconocido desde aquel entonces. Ya en los años 60 se fueron involucrando las orientaciones psicológicas como la sistémica y cognitiva (Valdecasas et al., 2016).

Es en los años 80 y 90 donde el paradigma biológico va tomando las riendas de la psiquiatría de forma más trascendental y hegemónica apoyándose de la publicación de los diferentes DSM y la inclusión del uso de psicofármacos como los antidepresivos y los antipsicóticos. De esta manera las orientaciones psicológicas antes mencionadas empiezan a perder peso y relevancia en la psiquiatría, mas no, en ámbitos como la filosofía, la sociología y la propia psicología.

Fue así como el paradigma biológico tomo fuerza y marco de manera significativa el desarrollo de la investigación en temas clínicos, en la formación de profesionales y en temas teóricos prácticos relevantes en donde se explica la enfermedad mental como una cuestión medible, cuantificable, clasificable y de solución en términos neuroquímicos.

A pesar de que, durante las últimas décadas, el paradigma se ha posicionado como hegemónico en diferentes esferas de mucha importancia como en los aspectos políticos en salud mental, varios son las inconformidades y críticas que dicho paradigma en psiquiatra fue despertando en la comunidad académica de diferentes disciplinas alejadas del sector salud y de igual manera de académicos pertenecientes a la psiquiatría misma. Es importante mencionar la incapacidad que muestra el paradigma para evolucionar y dar nuevos avances en materia neuroquímica o farmacológica y nuevas formas de abordar las cuestiones mentales.

En términos generales el paradigma medico en psiquiatría implica el estudio de una serie de síntomas de origen biológico, biomédico y neurobiológico que afectan el desarrollo normal de las personas en sociedad. Se parte de la existencia de una lesión biológica la cual puede tratarse por medio del uso de psicofármacos psiquiátricos como pueden ser los anti depresivos y neurolépticos, entre otros según sea la clasificación del trastorno mental y sus síntomas.

Existe una preponderancia absoluta en nuestro entorno del paradigma que se ha denominado médico, biológico, biomédico, neurobiológico o biologicista en Psiquiatría, al menos hasta ahora. Se trata del paradigma médico aplicado al campo de la Psiquiatría, por lo que postula la existencia de una lesión biológica (a nivel de estructura genética, neurotransmisión, neurodesarrollo, neurodegeneración o conceptos similares) que provoca un determinado conjunto de síntomas por un determinado mecanismo fisiopatológico y

que, a su vez, cuenta con un pronóstico esperable y para el que, idealmente, puede desarrollarse un tratamiento. (Valdecasas et al., 2016, p. 22).

El paradigma biológico en psiquiatría se fue afianzando como un paradigma hegemónico en el campo de la salud mental por varios elementos fundamentales, entre ellos se pueden mencionar los aspectos científico-teórico, nivel tecnológico y nivel social, comentaremos de manera breve cada uno de los elementos mencionados anteriormente teniendo en cuenta sus principales características y críticas específicas alrededor de los mismos (Valdecasas et al., 2016).

Científico – Teórico. El paradigma biomédico en salud mental plantea una explicación hipotética de los trastornos mentales basado principalmente en las alteraciones bioquímicas y algunas alteraciones en determinados neurotransmisores. Los tratamientos de los síntomas en los trastornos mentales principalmente están orientados a la receta de medicamentos principalmente de psicofármacos.

Cabe mencionar que autores como Valdecasas et al. (2016) mencionan temas relevantes en cuanto a investigación, formación de profesionales en psiquiatría y el desarrollo de la docencia estén en parte indiferenciados y determinados por empresas farmacéuticas, en parte esto explica por qué en salud mental desde el paradigma médico no se han establecido avances trascendentales después de la aparición y uso de los psicofármacos en los procesos de atención en salud mental.

Es importante agregar que en lo teórico - científico el paradigma biomédico en salud mental no ha logrado demostrar de manera objetiva la causa biológica del trastorno mental, así como no ha podido el mecanismo en términos neuronales como un afecto o un pensamiento considerado se pueden llegar a considerar patológicos o fuera de lo considerado normal o

anormal. En este aspecto es importante subrayar la importancia que tiene el contexto socio histórico, político y cultural alrededor de la clasificación de la enfermedad mental, ya que según el contexto se consideran ciertos rasgos o particularidades del comportamiento como patológico o anormales. De esta manera la clasificación de un comportamiento o síntoma como trastorno mental está supeditada a un contexto social determinado y sus dispositivos normalizadores en lo social.

El paradigma biologicista se centra en el empleo de unos fármacos que dejan de ser vistos como herramientas potencialmente útiles para pasar a ser considerados la única e imprescindible respuesta al malestar psíquico, pasando por alto negligentemente sus efectos secundarios, incluyendo los fenómenos de tolerancia y dependencia. (Valdecasas et al., 2016, p. 27).

Tecnológico – práctico. A nivel tecnológico - práctico el paradigma médico aplicado a la salud mental ofrece una cura pronta y sin riesgos a trastornos mentales por medio del uso de psicofármacos, sin embargo, en este sentido estricto se vislumbra más un tratamiento dirigido a la supresión de síntomas que a la cura real de una enfermedad, lo anterior se puede ilustrar de en la medida en que el paradigma biomédico en psiquiatría aseguraba que los antidepresivos fueron un mecanismo efectivo para el tratamiento de la depresión, a pesar de que en la actualidad parece que por el contrario, la depresión ha venido en ascenso a nivel mundial y a pesar de existir diversos métodos psicofarmacológicos que atienden esta problemática, la cura parece no estar a la vuelta de la esquina.

De igual manera cabe mencionar el sin número de daños colaterales que conlleva el uso de medicamentos formulados desde la psiquiatría en donde se han documentado problemas de

adicciones, disminución de la corteza cerebral y otros efectos secundarios (Valdecasas et al., 2016).

Social. A nivel social el paradigma biomédico brindó a la profesión psiquiátrica elementos de reconocimiento social a los profesionales de esta disciplina que pasaron en décadas pasadas, donde pasaron de ser carceleros en los sanatorios a tener un papel fundamental en temas referidos a la salud mental, sin embargo es necesario reconocer que gran parte de los avances científicos, docencia y formación están correlacionados a empresas farmacéuticas y la creación de nuevos psicofármacos para el tratamiento de los trastornos mentales.

Múltiples han sido las críticas que el paradigma biomédico ha suscitado como única forma de abordar los malestares mentales, a nivel internacional variadas reformas y declaraciones se han promulgado para cambiar el foco, el paradigma y las estrategias de abordaje en temas relacionados de salud mental, solo basta con nombrar la declaración de Caracas de 1990 y sus recomendaciones sobre el cambio de paradigma dando énfasis a elementos comunitarios y a estrategias de Atención Primaria en Salud donde se priorizan aspectos relacionados a la prevención y la promoción de la salud mental. Estos nuevos paradigmas invitan a concebir la salud mental desde una mirada multidimensional que invita a los profesionales de la salud y las ciencias sociales a actuar de manera asertiva a las necesidades de los contextos tomando en cuenta las dinámicas socio-históricas y no solo los aspectos biológicos o epidemiológicos.

Acercamientos al Concepto de Salud Mental al Interior de la Ley 1616 de 2013

Para empezar a delimitar el concepto de salud mental al interior de la ley de 1616 de 2013 es necesario partir del hecho que en las últimas décadas en Colombia, los temas relacionados a la salud mental se han estudiado desde la perspectiva de la epidemiología con el claro énfasis de

dar cuenta de la prevalencia, morbilidad y mortalidad de los “trastornos mentales” apoyándose directamente en documentados académicos como el DSM-IV donde se determinan las características de los trastornos mentales y la carga de enfermedad en el contexto colombiano. Estos estudios epidemiológicos principalmente son publicados por el Observatorio Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social y su respectivo acervo de instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud. Las anteriores instituciones constituyen el grueso del conocimiento hegemónico que desde el paradigma biomédico influyen en la definición, elaboración de políticas y estrategias alrededor de la salud mental.

Al interior de la ley 1616 de 2013 en su artículo 3 se vislumbra una definición sobre la salud mental que se considera importante mencionar ya que marca de manera determinante las posturas que desde la ley se considera la salud mental.

Artículo 3°. *Salud Mental*. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas. (Ley 1616, 2013, artículo 3).

Esta definición de salud mental está claramente sustentada desde variadas corrientes, podríamos mencionar entre ellas la declaración de Caracas de 1990, recordemos que en esta

declaración se pone de manifiesto la necesidad de hacer un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental, dando prioridad al modelo comunitario, en la declaración se recomendaba a los países participantes, entre ellos Colombia, la necesidad de integrar en sus legislaciones y marcos normativos el modelo comunitario para el abordaje de las cuestiones en salud mental. En cuanto a estos temas en la definición referenciada se destacan las siguientes temáticas:

- Salud mental como estado dinámico
- Interacción del sujeto a nivel individual y colectivo
- Relación entre salud mental y recursos para el mejoramiento de los procesos comunitarios.
- Relación entre salud mental y calidad de vida.
- Relación entre salud mental y sector laboral, económico.

De igual manera se evidencia en la definición la influencia de la OMS que muestra una definición de la salud mental con bastantes similitudes con la concepción encontrada al interior de la ley 1616. La OMS define la salud mental como el:

estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Organización Mundial de Salud , 2013, p. 14)

Cabe destacar de esta definición la inclusión de temáticas que resultan de gran importancia en el abordaje de la salud mental como lo son:

- Relación de salud mental y derechos humanos
- Salud mental y atención primaria.
- Relación entre salud mental e indicadores (Gestión y evaluación).

Sobresale en las definiciones de salud mental anteriormente mencionadas avances importantes en la inclusión del modelo comunitario y la concepción de la salud mental como un derecho humano para los colombianos, no se pone en tela de juicio las buenas intenciones que subyacen en unificación de elementos esenciales para entender la salud mental de manera integral, sin embargo al momento de entrar en materia de estrategias de abordaje se evidencia al interior de la ley 1616 unas posturas claramente marcadas por el modelo biomédico dominante no solo en Colombia en materia de salud mental sino en gran parte de la comunidad internacional, lo anterior conlleva unos efectos colaterales en la práctica y concepción en el campo de la salud mental donde se evidencia un desconocimiento de elementos primordiales del modelo comunitario, el papel determinante que tiene el sujeto a nivel individual y comunitario en relación a temas de salud mental.

Los Efectos de la Clasificación de los Trastornos Mentales en el Paradigma Biomédico

Presentes en la Ley 1616

Como bien se había mencionado anteriormente al interior de la ley 1616 la salud mental se concibe como un derecho humano fundamental en todo colombiano y colombiana en el territorio nacional, se considera de igual manera en la OMS, la concepción de salud mental que se vislumbra en los marcos normativos se basa en criterios integrales y generales a la vez, mezcla elementos sociales, el modelo comunitarios y la atención primaria en salud, de igual manera, se conciben los padecimientos mentales como problemas de tipo biológico especificados y clasificados como trastorno mentales, lo anterior conlleva unas implicaciones importantes a nivel teórico y práctico sobre temas de salud mental que repercuten en el tratamiento y ejercicio de la salud.

Es importante mencionar que en el contexto colombiano tiene gran trascendencia el uso del Manual Estadístico de Clasificación de Enfermedades Psiquiátricas (DMS) que tiene una aceptación casi universal en la comunidad profesional en salud en especial de la salud mental, de esta manera se convierte en una herramienta fundante en materia política de salud mental alimentando la práctica del diagnóstico de los sujetos y clasificación de los mismos en un cierto tipo de trastorno mental (Castro, 2013).

Consecuencias de la clasificación de los padecimientos mentales a través de sistemas como el DSM-IV o trastornos mentales establecidos en marcos normativos puede generar procesos de identificación de las personas con los síntomas y las clasificaciones de los trastornos mentales, así lo refleja Castro (2013) cuando menciona las consecuencias que conllevan los métodos de clasificación y diagnóstico sobre los sujetos.

No es sorprendente toparse con sujetos que asumen sus diagnósticos como rasgos definitivos y determinantes de su condición subjetiva: “soy bipolar”, “soy depresivo”, “soy esquizofrénico”, “soy adicto”. Esta identificación del ser con su padecer produce una identidad solidificada por el poder de un discurso científico que infortunadamente dificulta cualquier posibilidad de cambio de posición subjetiva, al tiempo que obstaculiza la inserción social de los sujetos diagnosticados. (Castro, 2013, p. 84).

Los procesos de clasificación y diagnóstico imperantes en las políticas de salud mental están amparados sobre los imperativos de la medicalización, establecimiento de orígenes genéticos, transformación de la calidad en cantidad, biologizar y normativizar.

El principio de la Medicalización esta soportado por el enfoque biomédico que sostiene que los problemas comportamentales tienen un origen psiquiátrico en la funcionalidad cerebral sin importar que las causas de los problemas comportamentales sean de origen ambiental. El

segundo principio hace énfasis en que el origen de todo padecimiento mental es orgánico y genético; el tercero menciona los resultados de los aprendizajes y sus consecuencias en comportamientos anómalos que conllevan un cambio genético; el cuarto principio hace referencia a los mecanismos de biologización donde se hace énfasis en las transformaciones genéticas y sus consecuencias en la transformación neuronal; y el quinto elemento menciona que los procesos de normalización pasan en primera medida por el aprendizaje que a su vez generan efectos en el comportamiento y la expresión genética modificando las conexiones neuronales, mostrando de esta manera cambios en los comportamientos de la personas con padecimientos mentales (Castro y Munévar, 2014).

Como ya se ha planteado dicha postura biologocista de la salud mental hace que se desliguen ciertos aspectos claves para el abordaje de los padecimientos mentales como los son las historias de vida de los sujetos, la importancia de la construcción de lazos y tejidos sociales y sobre todo no se tiene en cuenta la voz del sujeto(s) sobre sus representaciones de su padecimiento mental desde un óptica personal y colectiva.

La tendencia a la biologización de la psiquiatría (...) propone que los diagnósticos deben ser codificados y que se deben utilizar técnicas estadísticas en los procesos de investigación con el objetivo de aumentar la validez y la confiabilidad de las clasificaciones. Una de las consecuencias de este modelo es que neutraliza los aspectos diferenciales, anula las diversidades, y convierte en trivial la influencia de los componentes sociales en la práctica (Castro, 2013, p. 86).

Para concluir es importante mencionar que la conceptualización de la salud mental descrita en la ley 1616 de 2013 es un aspecto sobresaliente por su postura integral y fundamentada en la inclusión de nuevos modelos y paradigmas que abren el espectro de la salud

mental a nuevos caminos poco explorados en el contexto colombiano, sin embargo en una lectura más crítica de la ley se evidencia una clara tendencia y predominio del paradigma biomédico, que como ya se mencionó anteriormente, no es una situación exclusiva del contexto colombiano sino una tendencia marcada a nivel global de la hegemonía biomédica en asuntos de política en salud mental. Elementos como el uso de herramientas epidemiológicas, la clasificación de los malestares mentales en “trastornos mentales” siguiendo los lineamientos del DSM y el uso de psicofármacos como único modo de intervención, constituyen el grueso de la puesta en acción de las políticas en salud mental en el contexto colombiano, excluyendo de esta manera la implementación de nuevos paradigmas y modelos con enfoque comunitario y subjetivo, dificultando los procesos de participación de las comunidades en asuntos de salud mental restando importancia a la voz de cada miembro de las colectividades que atraviesan por dificultades psicosociales en las diferentes regiones y ciudades del país.

Orígenes de la ley 1616

Fueron variados los factores que impulsaron los procesos de reformas en salud mental a nivel internacional, en primer momento las diferentes concepciones en salud mental que ondulaban entre una concepción con posturas biomédicas, o aquellas posturas con enfoque social que ampliaba el panorama de la salud mental a condiciones y situaciones del contexto sociocultural. De igual manera la disposición de recursos marcaba de manera importante la ejecución de políticas y el acceso a servicios en salud mental, a los anteriores factores se pueden agregar el estigma social y cultural a temas relacionados con la salud mental, mostrando una prevalencia a los prejuicios en cuanto a lo considerado normal o anormal al interior de la sociedad.

A nivel nacional los cambios que se fueron dando a nivel internacional fueron marcando diferencias en los marcos normativos de esta manera, en los años 60 se crea la sección de higiene

de salud mental en el ministerio de salud pública, ya en el 70 el tema de la salud mental se hace más visible en la Agenda pública, sin embargo, se evidencia en la época una escasa oferta de servicios y el acceso a ellos estaba supeditado a la posibilidad económica de los pacientes, lo anterior llegaría a cambiar de manera radical en la década de los 90 con la ley 10 donde se estructura el servicio de salud dando énfasis en los derechos humanos y la participación (Parales et al., 2014).

Es en el año 73 donde se realizó un macrodiagnóstico de la salud mental en Colombia, este fue un hecho histórico ya que fue un estudio realizado fuera de un contexto y enfoque psiquiátrico frecuente en los asilos y lugar hegemónico para el tratamiento de los malestares mentales.

El constante desarrollo de macrodiagnósticos en salud mental en los años posteriores en 1981, 1986 y 1987 mostró datos importantes en cuanto a la situación en términos de capacidad instalada, recursos disponibles y evidencias sobre nuevas alternativas de atención en salud mental diferentes al asilo o manicomio. En los años noventa la evolución de la salud mental en el contexto colombiano estuvo marcada por profundos cambios contextuales principalmente por las reformas neoliberales, las privatizaciones y las políticas de guerra contra las drogas. En 1990 aparece la ley 10, que organiza el sistema Nacional de Salud mostrando avances en cuanto a elementos como la participación social en temas de salud mental mostrando un interés por renovar el paradigma psiquiátrico hegemónico en el momento (Parales et al., 2014).

En el 93 se realiza el primer gran estudio nacional de salud mental que principalmente incluía información de corte epidemiológica con indicadores de prevalencia para un conjunto de trastornos mentales, esto muestra una concepción de la salud mental anclada a enfoques convencionales principalmente de corte biomédica y psiquiatría positivista.

En ese mismo año se crea el Sistema de Seguridad Social Integral que conllevó una reforma de mercado en el sector salud, esto condujo a los servicios de salud a participar en las lógicas de mercado, marcando así los servicios de salud mental a una lógica financiera donde prima la viabilidad económica de los servicios de salud. Dificultando así el cumplimiento del principio de la salud como derecho y como servicio integral ya que la prestación de servicios está supeditada a una disponibilidad de recursos y a una viabilidad financiera.

En el año 1998 bajo la administración de Ernesto Samper se produjo la primer Política Nacional de Salud Mental (PNSM) mediante la resolución 2358. El PNSM se fundamentó en un concepto de salud positiva, dando énfasis en elementos como las capacidades, potencialidades, bienestar subjetivo y el logro de metas, mostrando así una postura conceptual más integral de la salud mental (Parales et al., 2014).

Ya en el 2007 se publicó el trabajo Política Nacional del Campo de la Salud Mental, allí se destaca la importancia de señalar el papel que desempeñan las determinaciones sociales y la perspectiva de derechos en temas de salud mental. En el 2013 y con la aparición de la ley 1616 de Salud Mental, se ordena desde la misma un ajuste al PNSM del 98 bajo los siguientes principios:

- a) reformular la política desde una definición positiva de salud mental; b) centrada en derechos; c) siguiendo estrategias de atención primaria en salud; d) con énfasis en participación; y e) considerando acciones intra e intersectoriales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud mental (Parales et al., 2014, p. 8).

De esta manera se establecen una serie de sucesos y acontecimientos que fueron configurando la ley de salud mental 1616 de 2013, fueron varios los factores y elementos que fueron configurando sus postulados más importantes partiendo principalmente de la aparición de

nuevos modelos y enfoques como el social y el paradigma biomédico que sigue vigente y con más fuerza hoy en los marcos normativos en salud mental. Durante el paso de diferentes décadas la hostia de la salud mental en Colombia se fue configurando con los cambios del contexto Nacional e internacional, pasando por la inclusión de los derechos humanos al momento de hablar de los servicios posturas de la salud mental, el cambio de paradigma a un modelo comunitario y participativo que estimule la integración de toda la sociedad civil en la construcción de políticas en salud mental y en su ejecución; hasta la configuración de la salud mental en la dinámicas actuales del mercado dotando a los servicios de salud con un ánimo de lucro y un precio.

La ley 1616 ha sido un constructo de la historia de diferentes procesos de evolución tanto de la legislación en salud mental como de los acontecimientos significativos a nivel mundial y local en cuanto a dinámicas socio-históricas, procesos políticos, económicos y cambios en los paradigmas y enfoques en el tratamiento de los padecimientos mentales.

Modelo Comunitario al interior de la ley 1616 de 2013

La Atención Primaria en Salud. El modelo comunitario es mencionado en la ley 1616 de Salud Mental de manera reiterativa, se reconoce de su mención el lugar importante que se le otorga al modelo comunitario ampliamente relacionado como un nuevo enfoque que se visibiliza principalmente en los procesos de Atención Primaria en Salud (APS).

Sin embargo, a pesar de estar posicionado el modelo comunitario al interior de la ley, este enfoque se disipa al verse supeditado a una serie de servicio generales no especializados en salud mental básico y de bajo costo, lo cual genera una distorsión de los principios básicos de la APS según la declaración de Alma Ata de 1978 donde se demarcan las principales características de este enfoque de intervención en salud.

La APS se empieza a vislumbrar en América Latina después de la aparición de la declaración de Caracas en 1990, igualmente influenciado por la conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, dieron el inicio para pensar un cambio de enfoque basado en la atención primaria en salud. A nivel mundial se inicia a hablar de la atención Primaria en Salud (APS) gracias a la declaración de Alma Ata en 1978, este hecho ayudó de manera determinante a impulsar todo el proceso reformista en salud mental en el viejo continente principalmente en países como Italia y España. Los principios que enunciaba Alma Ata estaban profundamente anclados al estado de bienestar que buscaba garantizar los derechos humanos fundamentales para todos los ciudadanos.

A pesar de ello las constantes reformas económicas de corte neoliberal de los años posteriores llevaron a las propuestas de APS a supeditarse a organismos financieros internacionales y se otorgó a la APS de componentes relacionados a restar responsabilidades al estado al otorgar paquetes de servicios básicos o esenciales de bajo costo a las comunidades más pobres.

Por medio de la influencia de las reformas económicas y los procesos de globalización se evidencia una nueva configuración de la APS que pretendía restarle elementos importantes según lo establecido en la declaración de Alma Ata, dentro de ellas se pueden mencionar la falta de elementos que garanticen la participación de las comunidades restando control y planificación sobre los procesos en salud, de igual manera se despojó la importancia de la fuerza política capaz de generar transformaciones a nivel estructural social necesaria en sociedades de alto grado de desigualdad. Esta Atención Primaria en Salud se clasificó como selectiva y se configura bajo el foco de la utilidad financiera en temas de salud estableciendo estrategias de bajo costo centrándose en intervenciones tecnológicas puntuales y recomendadas por expertos

internacionales. Desde esta mirada la APS selectiva se ve como un enfoque centrado en prestar servicios de salud mental básicos para personas de bajos recursos.

Esta interpretación de la Atención Primaria de la Salud como un primer nivel esencial para poblaciones desfavorecidas con prestaciones de bajo costo, fuertemente sostenidas en la colaboración voluntaria de miembros de la comunidad especialmente de las mujeres fue considerada por algunos críticos de la propuesta como medicina barata para pobres. (Stolkiner y Solitario, 2007, p. 8).

De esta manera desde los años 90s se manejan dos visiones sobre la APS, la APS selectiva y la APS integral. A continuación, se tratarán de manera breve las posturas de la APS selectiva y se establecerán conexiones con los postulados de la ley 1616 de salud mental:

La Atención Primaria en Salud Selectiva. Nace en un contexto económico neoliberal que la concibe como un primer nivel de atención en servicios básicos o esenciales, esta postura despoja a la atención primaria en salud del componente participativo promulgado en la declaración de Alma Ata, reduciendo las prácticas a el préstamo de unos servicios basados en recetas sencillas de bajo costo y por medio de acciones tecnocráticas.

Se evidencia un énfasis en economizar en recursos tanto humanos como financieros pues lo que se busca es prestar unos servicios básicos para los más pobres quitando la opción de una atención especializada, esta asistencia queda reducida a la provisión de fármacos esenciales y a una serie de estrategias de apoyo familiar por medio de la socialización de información o de manera educativa, lo mismo se gestionaba para las redes informales comunitarias (Stolkiner y Solitario, 2007) .

Desde los postulados de la ley 1616 de salud mental se evidencia que el modelo comunitario está basado esencialmente en la APS selectiva que aunque no se nombra de esa

manera en la ley, se logra hacer esa lectura a los postulados que allí se plantean, no se evidencia al interior de la ley un componente participativo configurado en la medida que permita a las comunidades hacer parte integral de los procesos de salud, simplemente lo procesos son mediados por trabajadores de la salud desde estrategias universalistas que en muchas ocasiones nada tienen que ver con las necesidades y problemáticas del contexto local, de esta manera, se evidencia una estrategia utilizada de bajo costo en APS selectiva en un contexto urbano, se utiliza de manera indiscriminada en una zona rural o apartada del casco urbano sin ningún tipo de diferenciación en cuanto las condiciones locales, reducir el modelo comunitario a una serie de estrategias fuera de contexto y sin tener en cuenta la participación activa de la comunidad es una clara tergiversación de, en primer lugar, la declaración de Caracas y de los componentes fundamentales del modelo comunitario y la APS Integral que plantean una atención mucho más integral y menos reducida a la prestación de unos servicios básicos a los menos favorecidos.

El desarrollo de la APS Integral como enfoque se realizará más adelante de manera más aterrizada al modelo comunitario en salud mental destacando las diferencias con el enfoque selectivo imperante en la ley 1616 de salud mental.

Enfoque de Derechos al Interior de la Ley 1616 de Salud Mental

La ley 1616 de salud mental parte de un enfoque de derechos que se puede evidenciar en algunos de sus apartes, se concibe la salud mental como un derecho el cual debe prestarse a todo aquel que lo necesite de manera integral y oportuna. Así se establece en su artículo 1:

Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de

Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud (Ley 1616, 2013, artículo 1).

Estas miradas modernas e integradoras de la salud mental se fueron gestando por estamentos internacionales como la OMS presentando algunos avances que dieron forma a los marcos normativos en Latinoamérica y en especial en Colombia, dichos aportes iban estaban marcados principalmente en la necesidad de dar un cambio en los enfoques y paradigmas tradicionales en salud mental y sobre todo en implementar los derechos humanos en el contexto de salud mental.

Fue en el año 2013 cuando la OMS radica el Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental 2013-2020, allí se hace énfasis en la importancia de los derechos humanos y de la necesidad de implementar miradas enfocadas en los determinantes estructurales de la salud mental, dentro de sus principios sobre salen aquellos que invitan a la defensa de los derechos humanos, las practicas basadas en la evidencia científica y aquellas relacionadas a consideraciones sociales y culturales, sobre sale el enfoque multidimensional que incluye áreas como la salud, educación, trabajo, vivienda; de igual manera hace mención a la importancia de la participación de las personas que sufren trastornos mentales en la creación y ejecución de políticas y estrategias en salud mental.

Cabe agregar que dichas transformaciones en materia de salud mental no se dieron de manera aislada, estos cambios se fueron dando al tiempo que iniciaban procesos de globalización y cambios económicos trascendentales que llegarían a influenciar de manera importante el desarrollo de la salud mental como un derecho en la comunidad internacional y Nacional, precisamente en la década de los 90s con los procesos de privatización y el neoliberalismo, el

sistema financiero tendría un lugar importante en el desarrollo de políticas públicas, lo anterior ha llevado a presentar en los marcos normativos como la ley 1616 una serie de contradicción ya que el factor de los derechos humanos está supeditado a las dinámicas de mercado y a la disponibilidad financiera y de recursos mostrando un ánimo de lucro en la prestación de los servicios en salud mental, así lo muestran (Hernández y Sanmartin, 2018, p. 5):

El mayor desarrollo se ha orientado hacia la calidad de los procesos administrativos y financieros, cuya implementación en muchas ocasiones no tiene en cuenta a la persona que solicita el servicio, y por su parte, los derechos humanos, enunciados en la Constitución Política y en la normatividad en general, en la práctica quedan supeditados al cumplimiento de requisitos administrativos que en su intención defienden intereses económicos particulares.

Lo anterior ha provocado grandes falencias en el desarrollo de políticas de salud mental debido a las fallas estructurales y socio culturales que se orientan por decisiones administrativas y financieras en los servicios de salud, de esta manera se toman acciones no basándose en el enfoque fundamental constitucional de los derechos humanos, sino por el contrario, las acciones están orientadas a beneficios económicos particulares que inclusive van en contra del derecho fundamental a la salud.

De esta manera y según Hernández y Sanmartin (2018) la ley 1616 de salud mental presenta falencias a nivel estructurales, conceptuales y culturales que hacen difícil concebir la salud mental como un derecho pleno.

A nivel estructural. Los entrevistados en la investigación realizada por Hernández y Sanmartín (2018) confluyen en evidenciar conflictos entre la salud como derecho y el afán del sector privado en generar riqueza y lucro, mal uso de los recursos, talento humano poco capacitado y formado, fallas en la inspección y vigilancia de los procesos, presiones en la industria farmacéutica entre otros. Igualmente se problematizan las dificultades centradas en la remuneración y situación de los profesionales de la salud que a pesar de contar muchas veces con estudios superiores relacionados a posgrados y especializaciones su remuneración está lejos de reflejar el gran esfuerzo y dedicación que demanda el ejercicio de la profesión, igualmente se comenta las constantes fallas en el pago por parte de las entidades prestadoras de salud.

En cuanto a las zonas apartadas de los cascos urbanos se evidencia una clara agudización de las problemáticas en salud mental principalmente por la falta de profesionales especializados en temas de salud mental y fallas en la atención y prestación del servicio. Un aspecto bastante crítico a nivel estructural concierne a las grandes fallas en la prestación oportuna de los servicios de salud, se evidencian logros en materia de calidad en cuando a temas administrativos y financieros en los manejos de los recursos por parte de las entidades prestadoras de salud, sin embargo, se deja a un segundo plano todo lo concerniente a mejorar la calidad en cuanto a la prestación de un mejor servicio que sea integral en salud mental, la calidad está enfocada en el manejo de recursos y en la reducción del costo de los procesos de atención.

A nivel Conceptual. Se evidencia desde la ley una preocupación centrada en la enfermedad y en la muerte, no se evidencia interés en la promoción de la salud o en un concepto de salud mental integral y multidimensional.

En la conceptualización desde lo normativo de la salud mental se problematiza que el sistema de salud trata la enfermedad mental desde un segundo o tercer nivel de atención, disminuyendo los recursos y los profesionales necesarios para iniciar estrategias desde el nivel primario, es decir, desde las estrategias de Atención Primaria en Salud. Falta mayor énfasis en la promoción y la prevención en salud mental, lo cual representa un problema conceptual donde priman el énfasis en la enfermedad y la muerte.

A nivel Cultural. Se evidencia un estigma social y cultural alrededor de la salud mental restándole importancia social a su cuidado y prevención, existen valores sociales que impiden el diálogo abierto sobre la salud mental, el machismo y conceptos híper-morales relacionadas al uso de drogas son alguno ejemplos de ello. Desde la ley no se vislumbra de manera clara posturas que favorezcan el dialogo y la participación de las comunidades en temas relacionados en salud mental salvo en campañas informativas y preventivas, de igual manera no se incentiva los grupos de auto ayuda y redes de apoyo desde la ley 1616 de 2013 (Hernández y Sanmartin, 2018).

Psicología Comunitaria; aportes desde una Salud Mental Integral a la Ley de salud mental 1616

En este apartado se establecerán criterios para pensar un enfoque de salud mental integral que supere las adversidades históricas en el abordaje de las cuestiones mentales en el contexto Nacional, para tal fin, es necesario abordar una conceptualización de la salud mental integral y multidimensional que abarque todas las dimensiones del sujeto y las comunidades, igualmente es necesario examinar desde el modelo comunitario en salud enfoques de intervención que

permitan dar garantía a los derechos fundamentales de los ciudadanos, su participación y en especial su empoderamiento; para tal fin se analizará el enfoque de intervención en Salud Mental Comunitaria (SMC) como un punto de partida a las estrategias de Atención Primaria en Salud Integral (APSI); se mencionara igualmente la importancia de la comunidad y el sentido de lo comunitario para los procesos de salud mental, finalizando con una propuesta metodológica en para una intervención en SMC.

Una Concepción de la Salud Mental Desde un Panorama Integral.

Para abordar el tema de la salud mental en tiempos actuales es necesario iniciar desde una postura crítica sobre la concepción clásica de abordar la dicotomía entre sujeto físico y sujeto mental, es necesario partir de la consideración que implica la salud como un estado de bienestar integral, lo cual genera la posibilidad de abordar de manera compleja los distintos malestares modernos estableciendo intervenciones que superen la dualidad física - mental, dando mayor énfasis al desarrollo subjetivo del sujeto en sociedad.

La salud mental al igual que los sujetos están insertados en contextos socioculturales que se deben abordar desde diferentes ámbitos que surcan la interacción y el establecimiento de relaciones entre sujetos, el contexto histórico, cultural, psicosocial, económico y político, que determinan en gran medida el curso de las vidas de las personas y generan diferentes malestares a nivel subjetivo y mental, es así como nuevas metodologías y enfoques deben dar respuesta a las necesidades a nivel psicosocial y a nivel de salud mental que la actualidad exige (Velázquez, 2017).

Las situaciones de salud y enfermedad mental, son determinadas por contextos históricos, culturales y sociales, de esta manera se explica que la enfermedad mental es considerada como tal por constituirse en alteraciones de tipo actitudinal que se consideran poco apropiadas según

las actitudes establecidas por convenio social. De esta manera la enfermedad mental no se clasifica únicamente por la presencia de unos síntomas determinados y clasificados, sino de igual manera la enfermedad se determina según el contexto social, como una ruptura de las reglas sociales determinadas que afectan la interacción comunicativa.

De esta forma la enfermedad mental se determina como un cortocircuito en la capacidad de sumir las reglas sociales, que impiden de manera significativa el acoplamiento del sujeto a los ideales que la sociedad determinada, y de las cuales se espera que el sujeto asuma como ideal cultural y normativo del sujeto moderno.

De esta manera las ideas de salud mental y experiencia patológica no pueden abstraerse de las estructuras históricas, sociales y culturales de la época, esto lo explica Foucault (1967) en *Historia de la Locura en Época Clásica*, allí Foucault plantea que las concepciones de salud mental están determinadas por las representaciones sociales y los paradigmas científicos dominantes de la época, por lo tanto, el paradigma hegemónico en la modernidad es el biomédico y en gran medida todo lo considerado “normal” o “anormal” se basa en la evidencia científica positivista.

A partir de lo anterior, se debe plantear una concepción de la salud mental que abarque toda la diversidad multicultural del territorio colombiano, toda su historia social y política que ha sido atravesada por la violencia y que se ubique en una posición local donde se pueda establecer maneras de abordaje desde lo psicosocial.

La salud mental abarca cuestiones relacionadas al bienestar físico, mental y social, sin embargo, actualmente el concepto no solo hace referencia a la ausencia de enfermedad física o mental sino se puede determinar desde el bienestar económico y político, de esta manera se relacionan las perturbaciones mentales con faltas graves a derechos humanos por violencia

política, intrafamiliar o social como la se ve en el caso colombiano y por el factor económico, se evidencian serias crisis de índole emocional por las altas tasas de desempleo, exclusión, pobreza y desigualdad a lo largo y ancho del territorio nacional.

Para concluir, la salud mental desde el modelo comunitario se concibe como una construcción colectiva asociada a las normas sociales, las representaciones, la cultura, los significados y en gran medida por procesos psicosociales subjetivos establecidos dentro de la convivencia social, se determina la salud mental como el reconocimiento positivo del Otro, al reconocer al otro como es y asignarle un valor real genera vínculos de confianza y orden dentro de lo social (Velázquez, 2017).

Sentido de Comunidad y Comunidad

Para iniciar los planteamientos más importantes del modelo comunitario y la salud mental comunitaria, es esencial definir lo que se entiende o concibe como lo comunitario y el sentido de lo comunitario, para tal fin, es importante partir de una autora como Maritza Montero cuyos estudios son pilares importantes para la psicología comunitaria a nivel Latinoamérica.

El concepto de comunidad representa para la psicología comunitaria un actor fundamental para la recepción de transformaciones sociales, en esencia es el sujeto y objeto de estudio de la psicología comunitaria. La comunidad tiene una cualidad de lo común en sus cimientos, de esta manera, desde el campo psicosocial lo común hace referencia a aquello que es compartido por todos aquellos que pertenecen a un grupo en función a unos móviles, intereses, problemáticas o necesidades.

Al interior de la comunidad se dan unas relaciones e interacciones, estas relaciones se dan dentro de las dinámicas del hacer, conocer y del sentir, que han sido determinadas por el desarrollo de situaciones históricas, culturales, intereses y/o necesidades. El trabajo comunitario

parte del interés por potenciar los procesos de transformación, opresión y liberación que se desarrollan en un grupo por las condiciones y características propias del contexto (Montero, 2004).

Una característica fundamental de la comunidad es su naturaleza dinámica, esto hace referencia a su condición cambiante de sus aspectos constitutivos reflejados en sus necesidades, problemáticas y representaciones. De tal manera si se plantea una intervención comunitaria es necesario tomar este aspecto en cuenta, pues intervenciones generalista y universalistas carecen de impacto en la comunidad precisamente porque son ajenas a las necesidades y características. Al interior de la comunidad se configuran diversos sujetos con diferentes posturas ideológicas y características (edad, conocimientos, deseos, orientación sexual entre otros), sin embargo, su unión se debe a un proyecto común que los beneficia en conjunto y a cada uno de sus integrantes independientemente de sus diferencias individuales, la unión por un ideal común supera las diferencias en diversos aspectos, algo parecido a la unión dentro de la diversidad.

En las propias palabras de Montero (2004),

una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social (p. 100).

Sentido de Comunidad

El sentido de comunidad puede ser definido desde 4 posiciones clave la membresía, influencia, integración y satisfacción de necesidades; compromiso y lazos emocionales: la primera de ellas es la membresía, allí se describen aquellos lazos contruidos por la historia e identidad social compartida por sus miembros, allí es importante señalar la importancia de la seguridad y apoyo

emocional que por ser parte de la membresía son beneficiarios los integrantes de la comunidad; en cuanto a la influencia está se muestra como la capacidad de generar nuevas pautas de conducta y actuación de los miembros de la comunidad, este elemento considera la importancia de influencia del sujeto sobre los miembros de la comunidad y la influencia de la comunidad sobre cada uno de sus miembros; en cuanto a la integración y satisfacción de necesidades se relaciona la capacidad para recibir y dar beneficios en la participación de las dinámicas grupales y por último, cabe mencionar el compromiso y los lazos emocionales, componente importante ya que plantea la posibilidad de establecer lazos afectivos y emocionales que dotan de sentido comunitario a cada miembro de la comunidad (Montero, 2004).

Salud Mental Comunitaria y Atención Primaria en Salud Enfoques de Intervención en Salud Mental

Para iniciar con el tema de la salud mental comunitaria como enfoque de intervención preferente en las estrategias de abordaje de la salud desde el modelo comunitario, es necesario partir de una pregunta ¿Qué entendemos por salud mental comunitaria y que relevancia tiene para el desarrollo de la salud mental en un país como Colombia? Dar respuesta a esta pregunta es el propósito de este apartado.

Iniciamos entendiendo la salud mental comunitaria (SMC) como aquellas acciones que buscan mejorar las condiciones de vida de una comunidad mediante acciones preventivas, protectoras y promocionales de la salud mental, estas acciones van de la mano de la comunidad ya que prevalece el trabajo activo comunitario en la construcción del tejido social roto y los malestares provenientes de las condiciones de pobreza, dominación y violencia, el acuerdo y la participación son ejes fundamentales en el trabajo comunitario (Grupo de Trabajo de Salud Mental, 2006).

Este enfoque nace después de los inicios de la psicología comunitaria en 1965, se pensó en un cambio de paradigma en el tratamiento de situaciones problemáticas en salud mental, el interés máximo era generar un cambio de rol en el psicólogo en donde este era posicionado como un actor poseedor del conocimiento experto, supuesto de saber, que consideraba al sujeto participe en su consulta e intervención como un sujeto pasivo, dependiente y carente de conocimiento cuyas ideas eran insignificantes y poco importantes para el proceso terapéutico. En América Latina la psicología comunitaria fue creciendo y cobrando importancia en la región con los aportes de Orlando Falls Borda y su método de Investigación Acción Participativa, junto a los aportes de Paulo Freire a la educación popular y comunitaria partiendo del accionar de los sujetos sobre su contexto (Velázquez, 2017).

La salud mental comunitaria parte de un concepto de comunidad diverso al tradicional que indica la constitución de las comunidades por medio de características geográficas que los acercan y convocan en un mismo espacio común, sin embargo, esta teoría se queda corta en la dinámicas actuales en donde se evidencia la conformación de comunidades, grupos y colectivos cuyas características salen del enfoque geográfico pero comparten importantes atributos que los constituyen como comunidad, atributos referenciados en el establecimiento de vínculos afectivos, existencia de significados y simbologías compartidas expresadas en lenguajes, ritos, creencias y sentidos.

Otro aspecto importante que toma la salud mental como cambio de paradigma es la perspectiva de sujeto, definido este no como un individuo aislado cuyo malestar se trata como un aspecto individual de origen intrínseco, por el contrario, la salud mental comunitaria aborda los malestares mentales desde una óptica integral colocando como eje central la producción subjetiva, las condiciones emocionales, sociales y relacionales en las que se encuentran los

sujetos, las familias y las comunidades. El sujeto se concibe como un miembro activo de la comunidad, con capacidad de agenciamiento y protagonista activo del cambio.

La salud mental comunitaria se compromete con un enfoque diferente de interpretación de los diferentes malestares y problemas mentales actuales, su comprensión integral abarca en toda su complejidad los factores esenciales del ser humano enfocándose en cuestiones sociales, históricas, culturales políticas y económicas, abarca no solamente la importancia del vínculo social sino de igual manera el vínculo afectivo. Su proceso reparador del tejido social es la recuperación y fortalecimiento de las relaciones sociales identificadas como rotas por condiciones de pobreza, violencia política, desigualdad, violación de derechos o afectaciones psicosociales (Velázquez, 2017).

Autores como Cueto (2014) consideran la intervención en SMC como:

una intervención sobre la producción subjetiva ... sobre las modalidades y modulaciones de su vida social. Estas expresan como las personas viven, se relacionan, gozan con su propio cuerpo su relación y goce con el cuerpo del otro, su sexualidad y sus ideas sobre lo que está bien y mal (p. 38).

La propuesta de SMC parte del estudio y análisis de las dinámicas cambiantes de una sociedad multicultural como la colombiana, reconociendo y sobre todo respetando aquellas fortalezas que yacen en todo tipo de comunidades, este enfoque de intervención que parte de la producción subjetiva tiene como objetivo máximo generar lazos sociales buscando reconciliar las relaciones rotas por las dinámicas históricas y políticas que han generado divisiones sociales producto de la violencia, la pobreza y la desigualdad.

Atención Primaria en Salud Integral

Como complemento a la ley 1616 de salud mental se propone desde la presente investigación, realizar un fortalecimiento al modelo comunitario desde dos aristas consideradas fundamentales, en primer lugar, desde la Salud Mental Comunitaria y todo su aspecto teórico y práctico y desde un segundo lugar desde la Atención Primaria en Salud Integral. Lo anterior renovaría de manera importante los alcances del marco normativo de ley en salud mental y el cumplimiento de sus objetivos principalmente en el respeto y defensa de la salud mental como un derecho, y a su vez, respetando los lineamientos esenciales del modelo comunitario el cual es mencionado al interior de la ley.

Para Stolkiner y Solitario (2007) la Atención Primaria En Salud Integral (APSI) en esencia surge en la declaración de Alma Ata de 1978, esta declaración propone algunos principios de la Atención Primaria en Salud y plantea integrar las acciones en salud mental en la atención primaria, para ello se propone un personal en salud debidamente capacitado y especializado, desde allí se plantean unas acciones concretas en promoción y prevención de la salud mental y atención en patologías específicas.

Para Galende la APS Integral debe partir de tres compromisos elementales:

- a) Integrar un plan general, político, de captación de los problemas de la salud en las condiciones del bienestar general, físico, mental y social; b) integrar a la salud mental en particular a las políticas de una medicina social que sea capaz de llevar adelante, en forma global y abarcativa, no sólo cuidados de la enfermedad sino la promoción de la salud, y c) integrar a la comunidad, a través de sus organizaciones naturales, en todos los niveles de gestión en salud mental. (Galende, 1990, p. 219).

Cabe agregar el énfasis que el enfoque da a los procesos de promoción y prevención de la salud mental, partiendo de acciones especializadas según cada contexto, bajo estas estrategias se podría garantizar la reducción de una atención secundaria o terciaria en salud mental en donde las situaciones se consideran más graves o incluso crónicas, reduciendo de esta manera la acelerada entrada de pacientes en ámbitos de reclusión internamiento y el uso desmedido de medicación, tan comunes en las estrategias de abordaje en salud mental en el contexto colombiano.

Desde esta perspectiva la APS Integral se considera como un lugar donde es posible el encuentro de elementos tales como la ciudadanía, la dimensión política de los derechos humanos y las comunidades, cabe agregar los aportes que brinda a una mirada ética de la salud mental en donde la toma de decisiones está basada en el derecho y no en criterios económicos. Los anteriores planteamientos dan una mirada diferente a la APS Selectiva que ofrece la ley 1616 en salud mental de 2013, se considera que la APS integral parte de un enfoque de derechos y brinda unos principios, valores y elementos que revitalizan las prácticas y posturas de la salud mental tan necesaria en Colombia a nivel Nacional.

La Promoción, Prevención y la Atención en los Procesos de Salud Mental Comunitaria

En este apartado se mencionará la importancia de 3 procesos considerados fundamentales en las intervenciones en salud mental comunitaria y la Atención Primaria en Salud Integral, estas modalidades se complementan mutuamente y representan un espacio fundamental en las atenciones primarias en salud mental, a continuación, se tratarán estos tres momentos de manera que se expliquen sus objetivos e importancia en las intervenciones comunitarias.

Los Procesos de Promoción en Salud Mental Comunitaria

La promoción de la salud mental busca generar acciones destinadas a mantener los niveles de salud mental en sus dimensiones positivas existentes en una comunidad. En este ejercicio se busca que la comunidad sea protagonista de los procesos de promoción de la salud mental por medio de acciones concretas y planificadas que buscan corregir aquellos sistemas o esquemas sociales que mayor debilidad o riesgo generen en la comunidad y potenciando aquellos factores que propician una salud mental estable.

En este momento de la intervención comunitaria lo que se busca es “movilizar a la comunidad hacia su protagonismo, a la búsqueda y mantenimiento de su salud, al sentido de disfrutar de una salud mental y de un bienestar integral” (Grupo de Trabajo de Salud Mental, 2006, p. 22).

Procesos de Prevención en Salud Mental Comunitaria

Las acciones preventivas en salud mental comunitaria tienen el objetivo de disminuir aquellas situaciones de riesgo que puedan llegar a afectar la salud mental de la comunidad, en este aspecto es de vital importancia un análisis crítico de las situaciones de riesgo y los factores protectores con los que cuenta la comunidad en su contexto político, económico y social para dar frente a sus situaciones adversas.

La prevención en los procesos de SMC,

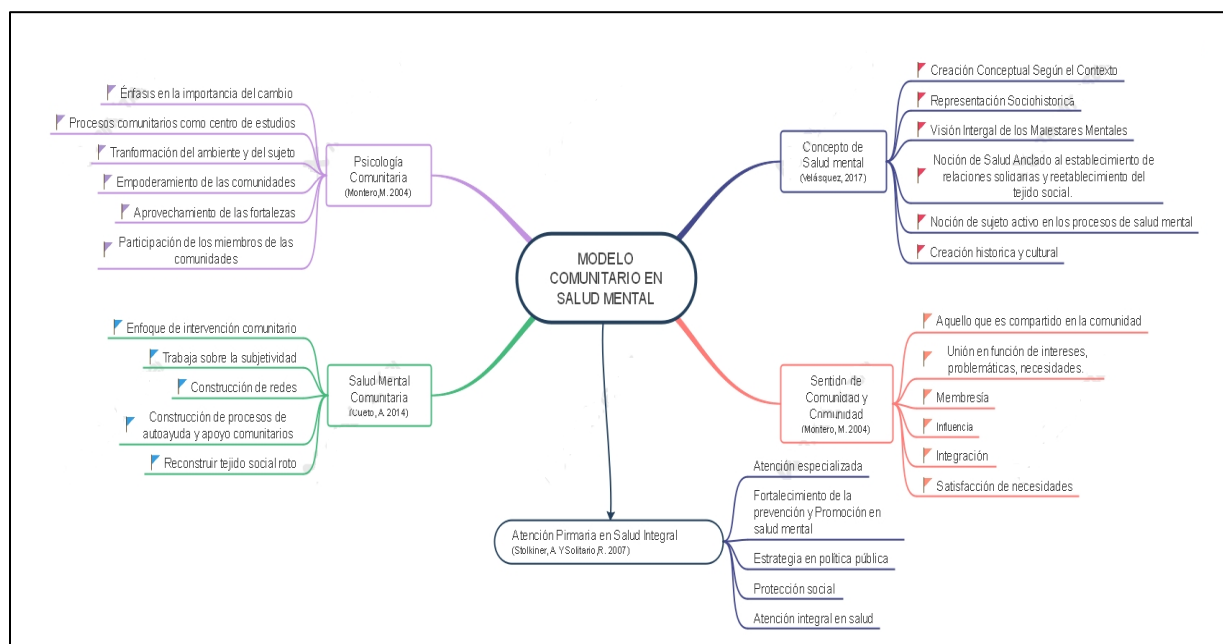
se refiere al trabajo con personas que han sido maltratadas, previniendo que reproduzcan la violencia contra sí mismos, sus familias o grupos de referencia. Así mismo, fomenta el desarrollo de recursos psicológicos de grupos vulnerables de la comunidad, con el fin de prevenir el surgimiento o el arraigo de potenciales conflictos. (Grupo de Trabajo de Salud Mental., 2006, p. 23).

Procesos de Atención en Salud Mental Comunitaria

La atención comunitaria busca tratar los síntomas y los problemas que aquejan a la comunidad, allí es importante resaltar el trabajo interdisciplinar para hacer un abordaje integral a los problemas de salud mental tanto de manera individual como grupal. Es importante tener en cuenta las potencialidades y fortalezas de la comunidad y los recursos disponibles para favorecer la intervención al grupo seleccionado y sea posible un óptimo desarrollo del trabajo comunitario.

En este punto del proceso de intervención es importante tener en cuenta que “las propuestas de atención en salud mental comunitaria, implican identificar las capacidades, recursos y habilidades de la comunidad y de los individuos afectados; con el fin de hacer crecer el potencial local y posibilitar un trabajo coordinado (Grupo de Trabajo de Salud Mental, 2006, p. 23).

Lo anterior es fundamental al momento de incentivar la creación de grupos de apoyo, grupos de auto ayuda y redes sociales que posibiliten potenciar las fortalezas de las comunidades, partir de las fortalezas implica un punto de inicio muy diferente a las miradas del enfoque biomédico clínico en donde se da énfasis en la enfermedad, las carencias y las problemáticas de las comunidades, sesgando de esta manera otras posibilidades de intervención y de acción del modelo comunitario que parte de las fortalezas y capacidades de las comunidades.

Figura 5.*Modelo Comunitario En Salud Mental*

Nota. En la figura se muestra en esquema sobre el modelo comunario de salud mental.

Una Propuesta Metodológica Para la Intervención en Salud Mental Comunitaria

A continuación, se exponen algunas consideraciones fundamentales para el desarrollo metodológico de una intervención en SMC, como propuesta para el modelo comunitario en salud mental que establecería nuevos elementos de reflexión en los marcos normativos a nivel Nacional respecto al modelo comunitario en salud mental.

Tabla 1.*Propuesta Metodológica en Salud Mental Comunitaria*

Diagnóstico de la Comunidad	-Estudio de datos, construcción de instrumentos, Aplicación de entrevistas, revisión de archivos, mapeo y lotización etc.
Objetivos	-Creación de espacios de reflexión grupal. -Transformación de las subjetividades. -Fomentar la política de lo común, rompiendo cualquier barrera étnica, de género, clase o ideológica.

Caracterización General	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación cualitativa sobre el estado de las ideas, actitudes e imaginarios de la comunidad. - Evaluación de necesidades.
Ámbitos de Aplicación	-Población de diversas índoles tanto grupales, institucionales y comunitarias.
Diseño planificación y de la intervención	-Justificación, objetivos, metas, evaluación, monitoreo, etc.
Evaluación Inicial	-Evaluación de la información recolectada que permita trazar una línea base del programa (Mori M. d., 2008).
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajo por módulos en dispositivos grupales. -Estructura planificada de cada módulo por: objetivos, propósitos, aplicaciones prácticas, participantes, planes de capacitación.
Técnicas a Utilizar	-Capacitaciones, lectura de textos, estudio de casos, grupos de reflexión, grupos terapéuticos.
Tareas del investigador (psicólogo comunitario)	<ul style="list-style-type: none"> -Conducir las tareas propuestas -Desarrollar contenidos temáticos -Lectura y análisis de la producción subjetiva de los participantes en la construcción del conocimiento. -Cumplimiento de tareas y objetivos planteados por el grupo (Cueto, 2014).
Cartografía	-Representación gráfica de las comunidades a niveles micro, visualización de riesgos, recursos y actores.
La encuesta	<ul style="list-style-type: none"> -Obtención de información de parte de la comunidad de primera mano. -Recepción de ideas, representaciones, significados y percepciones sobre temas específicos.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación permanente en cada acción ejecutada a nivel grupal o por parte del psicólogo comunitario. -Comunicación a la comunidad sobre los resultados de la intervención y sobre los datos recogidos durante el proceso de diagnóstico.

Nota. La tabla incluye los ítems requeridos y su descripción para la propuesta metodológica en salud mental comunitaria.

Conclusiones

Con la culminación del presente proyecto de grado se logra evidenciar aspectos esenciales para el análisis del lugar que tiene el modelo comunitario en atención en salud mental en el marco normativo de la ley 1616, como se mostró en el desarrollo de resultados en los diferentes momentos del proyecto se evidencian rasgos comunes y diferenciales con respecto al modelo comunitario y las características de la ley, a pesar de que en la ley se menciona la importancia de posturas e intervenciones comunitarias, si ahondamos en la lectura se evidencia, en los diferentes componentes de la ley, una serie de posturas marcadas por el paradigma biomédico y una Atención Primaria en Salud que hemos catalogado como Selectiva por su marcado enfoque en dar unos servicios en salud poco especializados, de bajo costo, con componentes universales a poblaciones diversas y de bajos recursos, de tal manera desde la ley 1616 en salud mental no se reconoce de manera asertiva la importancia de todos los componentes del modelo comunitario dando poco cumplimientos con el decálogo de la Declaración de Caracas de 1990 en donde se plasmó la necesidad de cambiar el enfoque tradicional que se venía dando a nivel Latinoamérica en salud mental, por un enfoque más participativo y comunitario.

Se evidencia al interior de la ley una serie de conflictos que repercuten en el desarrollo de la salud mental como un derecho, en primer lugar, se evidencian dos paradigmas, por un lado, el paradigma biomédico y el paradigma comunitario, por otro lado, se evidencia un conflicto entre el enfoque de derechos que proclama la ley y las circunstancias económicas que rigen el funcionamiento de los servicios de salud, de esta manera se pone al descubierto que la garantía de un derecho como el de la salud mental depende de la disponibilidad de recursos financieros por parte de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), problematizando de esta manera la posibilidad del goce de un derecho pleno a la salud mental que sea integral y especializado,

supeditando este derecho a las dinámicas financieras y económicas propias del contexto Colombiano.

Al interior de la ley 1616 de salud mental no se evidencia el fomento de estrategias que permitan a las comunidades participar de manera activa en la activación y ejecución de estrategias en salud mental en sus territorios, por esta razón, se propone desde la psicología comunitaria y algunos de sus aportes teóricos y prácticos un enfoque comunitario en salud mental que garantice el derecho a la salud de manera integral, se busca con este enfoque establecer estrategias que permitan reconstruir el lazo social roto por décadas de conflicto y violencia política, que permitan la transformación de las subjetividades superando aquellas ideas, practicas, representaciones y afectos que durante años se han afianzado en la comunidad y que fomentan la violencia, discriminación y la desigualdad en la cotidianidad. Por medio de las estrategias de prevención y promoción de la salud mental propuestas desde enfoques de Intervención en Salud Mental Comunitaria y de Atención Primaria en Salud Integral, se busca fortalecer las estrategias de atención en las acciones primarias en salud tan desligadas hoy de los territorios y las comunidades.

Desde el modelo comunitario se parte de una concepción de la salud mental integral sobre pasando las posturas biomédicas que reducen el padecimiento mental a un origen fisiológico, que de igual manera se considera importante, no es la única mirada ni es determinante en materia de salud mental, de esta manera se busca una mirada más histórica y cultural que parte de lo local para plantear soluciones a las dificultades sociales en conjunto con los miembros de la comunidad, trabajando con la subjetividad de cada integrante pero a la vez con la subjetividades colectivas que se manifiestan en los diferentes escenarios de la intervención en lo comunitario.

Así como la naturaleza de los sujetos y las comunidades son dinámicas y cambiantes, los profesionales, las instituciones, las políticas y los enfoques en salud mental deben ser igualmente dinámicos y cambiantes, es importante reconocer la diversidad cultural que abunda en Colombia, esto implica, reconocer las diferentes formas de pensar, vivir, representar y sentir el malestar mental tan diverso y multidimensional y precisamente partir de allí para el ejercicio del trabajo comunitario.

Referencias Bibliográficas

- Abela, J. (2018). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Fundación Centros de Estudios Andalucía.
- Arango, C. (2005). *Historia de la Psicología Comunitaria en Colombia*.
- Árdon, N., y Cubillos, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Gerencia Política salud*, 11(23) 12-38.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.
- Barrero, Á. (2016). Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Poíesis*, 31, 72-77.
- Begoña, M. (2016). Investigación social cualitativa y dilemas éticos: de la ética vacía a la ética situada. *Revista de metodología de ciencias sociales*, 34, 101-120.
- Carvajal, A. (2011). *Apuntes sobre el desarrollo comunitario*. Universidad de Málaga-España.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, 2, 73-114.
- Castro, X., y Munévar, M. (2014). ¿Nuevo panorama en la atención de la salud mental en Colombia? Comentarios sobre la ley 1616 de Salud Mental y convivencia social del Plan Decenal de Salud pública 2012-2021. *Poiésis*, 27, 1-8.
- Cea, J. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 8, 169-192.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación. *Theoria*, 14(1), 61-71.

- Cubillos, C. (2017). Incorporar lo derechos humanos al trabajo social. El enfoque de derechos: Un marco de referencia. *Sevilla: VI congreso de Red Española de políticas sociales*.
- Cueto, A. (2014). *La salud mental comunitaria, vivir, pensar, desear*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Gallo, H. (2017). *Psicoanálisis e Intervención Psicosocial*. Universidad de Antioquia.
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos.
- Grupo de Trabajo de Salud Mental. (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Proyecto AMARES.
- Hernández, D., y Sanmartín, C. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Gerencia y Políticas en Salud*, 17(35), 1-31.
- Lapalama, A. (2012). Psicología comunitaria Niveles múltiples en los procesos de intervención comunitaria. *Universidad Nacional Buenos Aires*.
- Lapalma, A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(2), 61-70.
- Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. D.O. No. 48.680.

- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Paidós.
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8(3), 615-626.
- Montero, M. (2010). De la ética del individualismo a la ética de la otredad: La noción de Otro y la liberación de la psicología. *Postconvencionales*, 1, 83-97.
- Mori, M. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14, 81-90.
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Editorial UOC.
- OMS/OPS. (1978). *Declaración Alma Ata Conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud*. OMS.
- OPS. (1990). *Declaración de Caracas*. OPS.
- <https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/pol%C3%ADtica-en-sm-de-la-ops/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica*. Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, C. (2016). El proceso de investigación: construyendo el proyecto. *Revista Panamericana de Pedagogía*, 23, 117-129.
- Parales, Q., Urrego, M., y Herazo, A. (2014). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. *Gerencia y Políticas en Salud*, 17(34), 1-15.

- Peña, M., y Bolaños, L. (2009). La investigación como procesos de intervención social. *Ra Ximhai*, 5(2), 180-186.
- Riquelme, E., y Escribens, P. (2010). *Salud Mental Comunitaria Una experiencia de psicología Política en una comunidad afectada por la violencia*. DEMUS, Estudio para la defensa de los derechos de la mujer.
- Robles, J. C. (2014). Miedo social, intervención comunitaria y promoción cultural en Chihuahua. Reflexiones sobre un estudio de caso. *Revista Cuicuilco*, 21(60), 329-260.
- Rojas, L., Castaño, G., y Restrepo, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), 129-140.
- Sanchez, A. (2015). ‘Nuevos’ valores en la práctica psicosocial y comunitaria: Autonomía compartida, auto-cuidado, desarrollo humano, empoderamiento y justicia social. *Universitas Psychologica*, 14(4),15-24.
- Sánchez, A., Castro, L., Pedraza, J., y Verbel, M. (2016). La ley de salud mental colombiano en el contexto Latinoamericano, un apuesta por el respeto a los derechos humanos. *Carta Comunitaria*, 24(138), 40-48.
- Stolkiner, A., y Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental : la articulación entre dos utopías*. Paidós.
- Torres, A. (2002). *Reconstruyendo el vínculo social: Movimientos sociales organizaciones populares y constitución de sujetos colectivos*. UNAD.
- Valdecasas, J., Astola, A., Garcia, V., y Hernandez, M. (2016). ¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría? *Norte de Salud Mental*, 14(55), 20-30.
- Velázquez, T. (2017). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Ediciones Nova.

Villa, J. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales:

¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Ágora USB*, 12(2), 349–365.

Winkler, M., Alvear, K., Olivares, B., y Pasmanik, D. (2014). Psicología Comunitaria hoy:

Orientaciones éticas para la acción. *Psicoperpectivas*, 13(2), 44-54.